

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

A PERCEÇÃO DA AUTOEFICÁCIA
DOS MEMBROS DA FAMÍLIA
PRESTADORES DE CUIDADOS
APÓS UM INTERNAMENTO DO FAMILIAR
DEPENDENTE

DISSERTAÇÃO

Dissertação de mestrado orientada pelo
Professor Filipe Pereira e coorientada pela
Professora Maria Alice Brito.

André Manuel Pacheco Barbosa Leão

Porto | 2012

AGRADECIMENTOS

A todos os que colaboraram ou impulsionaram este trabalho, nomeadamente os enfermeiros do Departamento de Medicina da Unidade Hospitalar Padre Américo e as famílias que gentilmente nos abriram as portas.

Ao Professor Doutor Filipe Pereira pelas suas sábias palavras, disponibilidade e orientação;

À Mestre Maria Alice Brito pela disponibilidade e amabilidade;

A todos os Professores da ESEP, com relevo para a Professora Doutora Célia Santos, pelas suas contribuições catalisadoras em todo este processo formativo;

Aos meus amigos e família pelo estímulo e alento;

Aos meus pais por acreditarem em mim;

Aos meus sogros, à Fátima e ao Henrique pelo incentivo;

À Maria João pela paciência e pelo apoio incondicional.

"O enfermeiro que é sensível aos sentimentos é capaz de fazer outra pessoa se sentir compreendida, aceite e capaz de se desenvolver em direção a um nível mais maduro de funcionamento e crescimento".

Traduzido de Watson citado por Blauvelt e colaboradores (2008: 30)

ABREVIATURAS E SIGLAS

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ICN – International Council of Nurses

MFPC – Membro da família prestador de cuidados

n – Elementos constituintes de parte da amostra

N – Total de elementos da amostra

NOC - Classificação de Resultados de Enfermagem

PAE – Percepção de autoeficácia

r_s – Correlação de Spearman

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

SU – Serviço de Urgência

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
2 PROBLEMÁTICA EM ESTUDO.....	23
2.1 Tornar-se um Membro da Família Prestador de Cuidados: uma transição com relevância para a Enfermagem.....	23
2.2 A Percepção de Autoeficácia como um condicionalismo e um padrão de resposta no exercício do papel do Membro da Família Prestador de Cuidados.....	28
3 METODOLOGIA	37
3.1 Finalidade do estudo.....	37
3.2 Desenho do estudo	38
3.3 Variáveis em estudo.....	38
3.4 População e amostra.....	40
3.4.1 Caracterização da amostra.....	41
3.4.1.1 Caracterização dos Membros da Família Prestadores de Cuidados.....	42
3.4.1.2 Caracterização das pessoas com dependência	44
3.5 Procedimento de recolha de dados	50
3.6 Instrumento de recolha de dados.....	51
3.6.1 Fidelidade e validade dos instrumentos de recolha de dados	52
3.7 Estratégias de análise dos dados	57
3.8 Considerações éticas	58
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	61
4.1 Percepção da Autoeficácia dos Membros da Família Prestadores de Cuidados face à dependência do familiar nos vários domínios do autocuidado	61
4.1.1 Face à dependência do familiar para “Tomar banho”	61
4.1.2 Face à dependência do familiar para “Vestir-se e Despir-se”	63

4.1.3 Face à dependência do familiar para “Alimentar-se”	64
4.1.4 Face à dependência do familiar para “Uso de sanitário”	66
4.1.5 Face à dependência do familiar para “Transferir-se”	67
4.1.6 Face à dependência do familiar para “Virar-se”	68
4.1.7 Face à dependência do familiar para “Andar”	69
4.1.8 Face à dependência para “Tomar medicação”	71
4.2 Níveis globais de Percepção de Autoeficácia dos Membros da Família Prestadores de Cuidados.....	72
4.3 Fatores associados à Percepção da Autoeficácia dos Membros da Família Prestadores de Cuidados.....	75
4.3.1 Fatores relativos ao MFPC	75
4.3.2 Fatores relativos à pessoa com dependência	78
5 CONCLUSÕES.....	85
6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	89
ANEXOS	95
Anexo I: Processos de cuidar e os indicadores de competência	97
Anexo II: Operacionalização das variáveis	101
Anexo III: Indicadores de cada tipo de autocuidado	105
Anexo IV: Quadro de referenciação dos prestadores de cuidados	109
Anexo V: Pedido de autorização de utilização do Formulário	115
Anexo VI: Autorização para utilização do Formulário	119
Anexo VII: Instrumento de colheita de dados	123
Anexo VIII: Autorização do Conselho de Administração.....	135
Anexo IX: Estatística Alfa de Cronbach das (sub) escalas de avaliação do nível de dependência no autocuidado	139
Anexo X: Estatística Alfa de Cronbach das (sub) escalas de avaliação da Percepção da Autoeficácia MFPC.....	145
Anexo XI: Consentimento informado.....	155

Anexo XII: Resultados estadísticos - PAE dos MFPC vs. Características	
MFPC e dos Familiares dependentes.....	159

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Transições: uma teoria de médio alcance	35
FIGURA 2: Comparação da Percepção de Autoeficácia dos MFPC, face a cada tipo de Autocuidado.....	73
FIGURA 3: Diferenças na PAE dos MFPC, em função do sexo (<i>Teste U de Mann–Whitney</i>) .	75
FIGURA 4: Correlação entre o nível PAE do MFPC e o tempo de exercício do papel (<i>Correlação Spearman</i>)	76
FIGURA 5: Correlação entre o nível PAE do MFPC e o tempo semanal despendido na prestação de cuidados ao familiar dependente (<i>Correlação Spearman</i>)	77
FIGURA 6: Diferenças na PAE dos MFPC, em função do estado civil do familiar dependente (<i>Teste U de Mann–Whitney</i>)	78
FIGURA 7: Correlação entre o nível de PAE dos MFPC e o nível de escolaridade do familiar dependente (<i>Correlação de Spearman</i>).....	78
FIGURA 8: Correlação entre o nível de PAE dos MFPC e o tempo de dependência do familiar (<i>Correlação de Spearman</i>)	79
FIGURA 9: Correlação entre o nível de PAE dos MFPC e o número de episódios de recurso do familiar dependente ao SU (<i>Correlação de Spearman</i>)	80
FIGURA 10: Correlação entre o nível de PAE dos MFPC e o nível de compromisso mental do familiar dependente (<i>Correlação de Spearman</i>)	81
FIGURA 11: Relação entre as principais variáveis (relativas à pessoa com dependência e ao MFPC) em estudo e a PAE geral dos MFPC.....	86

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Operacionalização das variáveis em estudo.....	39
TABELA 2: Caracterização da amostra segundo o local de residência.....	41
TABELA 3: Caracterização sócio-demográfica dos MFPC (variáveis quantitativas)	42
TABELA 4: Caracterização sócio-demográfica dos MFPC (variáveis qualitativas).....	42
TABELA 5: Razões que levaram o MFPC a assumir o papel	43
TABELA 6: Como define o MFPC a prestação de cuidados ao familiar dependente	43
TABELA 7: Caracterização da partilha de tarefas/responsabilidades da prestação de cuidados ao familiar dependente	43
TABELA 8: Critérios de partilha de tarefas de prestação de cuidados ao familiar dependente.....	44
TABELA 9: Caracterização dos familiares dependentes (variáveis quantitativas)	44
TABELA 10: Caracterização dos familiares dependentes (variáveis qualitativas).....	45
TABELA 11: Avaliação da condição de saúde do familiar dependente relativamente à hidratação e nutrição.....	45
TABELA 12: Avaliação da condição de saúde do familiar dependente relativamente à mobilidade articular	46
TABELA 13: Avaliação da condição de saúde do familiar dependente: integridade cutânea	46
TABELA 14: Avaliação da condição de saúde do familiar dependente relativamente à higiene e ao asseio.....	46
TABELA 15: Avaliação da condição de saúde do familiar dependente relativamente ao número de dejeções e quedas.....	47
TABELA 16: Avaliação da condição da pessoa dependente relativamente ao compromisso mental.....	47
TABELA 17: Caracterização do nível de dependência do familiar face ao Tomar banho (tabela explicativa do processo de computação dos níveis globais de dependência em cada domínio do autocuidado)	48
TABELA 18: Caracterização dos familiares dependentes, atendendo ao nível de dependência geral face a cada tipo de autocuidado	49
TABELA 19: Opinião do MFPC acerca do <i>status</i> de dependência do familiar, por tipo de autocuidado, após o episódio de internamento hospitalar	50
TABELA 20: Alfa de <i>Cronbach</i> das (sub) escalas de avaliação da dependência no autocuidado	53

TABELA 21: Alfa de <i>Cronbach</i> das (sub) escalas de avaliação da Percepção da Autoeficácia dos MFPC	53
TABELA 22: Exemplo de estrutura matricial para definir os conteúdos específicos necessários à avaliação da PAE dos MFPC, face à dependência do familiar para Tomar Banho	56
TABELA 23: Exemplo da estratégia de computação da PAE Global de um MFPC, face à dependência do seu familiar para Tomar banho	58
TABELA 24: Percepção de Autoeficácia do MFPC face à dependência do familiar para Tomar Banho	62
TABELA 25: Percepção de Autoeficácia do MFPC face à dependência do familiar para Vestir-se e despir-se.....	64
TABELA 26: Percepção de Autoeficácia do MFPC face à dependência do familiar para Alimentar-se	65
TABELA 27: Percepção de Autoeficácia do MFPC face à dependência do familiar para Uso de Sanitário	66
TABELA 28: Percepção de Autoeficácia do MFPC face à dependência do familiar para Transferir-se	67
TABELA 29: Percepção de Autoeficácia do MFPC face à dependência do familiar para Virar-se	69
TABELA 30: Percepção de Autoeficácia do MFPC face à dependência do familiar para Andar.....	70
TABELA 31: Percepção de Autoeficácia do MFPC face à dependência do familiar para Tomar Medicação	71
TABELA 32: <i>Scores</i> médios da Percepção de Autoeficácia dos MFPC, face a cada tipo de Autocuidado	73
TABELA 33: Correlação entre o nível de PAE dos MFPC e o nível de dependência do familiar, por domínio do autocuidado (Correlação de <i>Spearman</i>)	82

RESUMO

O estudo aqui reportado teve como problemática central a percepção da autoeficácia (PAE) de Membros da Família Prestadores de Cuidados (MFPC). A percepção da autoeficácia do MFPC foi, aqui, entendida como um condicionalismo e um padrão de resposta às transições vivenciadas no exercício do papel de tomar conta de pessoas com dependência. Os objetivos deste estudo foram: a) conhecer a percepção de autoeficácia dos MFPC de pessoas dependentes e; b) explorar a relação entre a percepção da autoeficácia e as características (atributos) dos MFPC e das pessoas com dependência.

O estudo assentou numa metodologia quantitativa, descritiva e transversal. A recolha dos dados foi efetuada nos domicílios dos familiares cuidadores e/ou da pessoa dependente, através de um formulário que integrou instrumentos de avaliação da PAE dos MFPC e do nível e tipo de dependência dos familiares, desenvolvidos na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). A amostra que suportou o estudo foi obtida por conveniência e foi constituída por 60 casos (MFPC e familiares dependentes)

Os resultados apurados indicam-nos que, em termos gerais, os MFPC percecionam-se como “competentes” no desempenho do seu papel. Ao tomarmos em linha de conta os valores médios da PAE, em função de cada domínio do autocuidado estudado, constatámos que os domínios com valores de PAE mais baixos referem-se ao assistir o familiar dependente no “transferir-se”, no “vestir-se”, no “usar o sanitário”, no “tomar banho” e no “virar-se ou posicionar-se na cama”. Dada a sua natureza intrínseca, estas dimensões do autocuidado estão intimamente relacionadas com quadros de “grande dependência”, fato verificado neste estudo. Na realidade, de acordo com os nossos dados, quanto maior o nível de dependência do familiar cuidado, menor é a percepção da autoeficácia dos MFPC. Os MFPC que tomam conta do familiar dependente há mais tempo tendem a ter níveis de PAE mais altos, o que aponta para a “necessidade de tempo” na construção da competência. Tendo presentes os nove domínios de competência descritos por Schumacher e colaboradores (2000), foi possível inferir que os domínios em que os MFPC se sentiam mais competentes diziam respeito à “acessibilidade aos recursos” necessários ao cuidar do familiar. Em contrapartida, as dimensões em que os MFPC demonstraram menor PAE diziam respeito ao “monitorizar”, ao “ajustar” e ao “providenciar cuidados”.

Palavras-chave: Percepção da Autoeficácia; Membro da Família Prestador de Cuidados, Enfermagem.

ABSTRACT

Perception of self-efficacy of family care providers after an internment of dependent family relative

The central issue of the study reported here was the self-efficacy perception (PAE) of Family Care Providers (MFPC). The perception of self-efficacy of the MFPC was here understood as a determinant factor and a standard response to transitions experienced in the exercise of the role of taking care of dependent people. The objectives of this study were: a) understand the perception of self-efficacy MFPC of dependent persons and b) explore the relationship between the perception of self-efficacy and the characteristics (attributes) of MFPC and people with dependence.

The study was based on a quantitative methodology, descriptive and transversal. Data collection was performed at the homes of family caregivers and / or dependent person, through a form that incorporated assessment tools of PAE of MFPC and the level and type of dependence of dependent family relative, developed at the School of Nursing of Porto (ESEP). The sample which supported the study was obtained by convenience and consisted of 60 cases (MFPC and dependents)

The results indicate to us that, in general terms, the MFPC perceive themselves as "competent" in performing their role. By taking into account the average values of PAE as a function of each domain of self-care studied, we found that areas with lower values of PAE refers to assist the dependent family relative on the "transfer", in the "dress up", in "using the toilet", in "taking bath" and " turn around or change position on the bed". Given their nature, these dimensions of self-care are intimately related to frames of "high dependence", a fact verified in this study. In fact, according to our data, a higher level of dependence on family care, implies a lower perception of self-efficacy of MFPC. MFPC taking care of dependent family for a long time tend to have higher levels of PAE, which points to the "necessity of time" to build the competence. Mindful of the nine areas of competence described by Schumacher and colleagues (2000), it was possible to infer that the areas where the MFPC felt most competent concerned to the "accessibility to resources" needed to care for family. In contrast, the dimensions in which MFPC showed less PAE were related to "monitor", to "adjust" and "provide care".

Keywords: Perception of self-efficacy, Family Care Provider, Nursing.

1 INTRODUÇÃO

O plano nacional de saúde de 2011-2016 dá visibilidade às intervenções centradas na família e no ciclo de vida, no qual as pessoas vão experimentando de forma contínua, mudanças e transições. Esta abordagem permite uma perceção e integração do conjunto de problemas de saúde que devem ser priorizados para os diferentes grupos etários e respetivos papéis que vão sendo adotados ao longo da vida (Portugal, 2011).

As alterações populacionais ao nível da União Europeia, inclusive Portugal, nomeadamente o envelhecimento da população e a diminuição da natalidade, têm-se revelado uma preocupação das entidades responsáveis, surgindo a família como uma possível solução a esta problemática (Schumacher, et al., 2000; Lage, 2005; Martins, 2006; Petronilho, 2007).

À medida que a responsabilidade para cuidar de alguém aumenta, a família sente necessidade de formação que explicita a natureza da capacidade de prestação de cuidados em casa e a importância de uma avaliação clínica dessa mesma capacidade. Prestar cuidados de qualidade é importante para os membros da família prestadores de cuidados pelo que o desenvolvimento de competências, conhecimento e habilidades é um aspeto essencial no processo de se tornar cuidador (Schumacher, et al., 2000).

A capacitação dos membros da família prestadores de cuidados está interligada com os conhecimentos que estes possuem e, conseqüentemente, com as crenças da sua capacidade de executarem determinadas tarefas, pelo que é primordial que exista uma preparação, formação, integração e acompanhamento dos cuidadores na prestação de cuidados (Kalnis, 2006; King, et al., 2006), tendo os enfermeiros um papel fundamental em todo este processo.

A autoeficácia dos cuidadores está intimamente relacionada com a capacidade dos mesmos para cuidar de alguém, uma vez que a autoeficácia é o reflexo da confiança que estes têm na resolução de problemas relacionados com a pessoa cuidada (Schumacher, et al., 2000; Bandura, 1994).

A perceção da autoeficácia deve ser distinguida de outros conceitos como autoestima e *locus* de controlo. Perceção da autoeficácia reside no julgamento da capacidade/aptidão para a execução de uma determinada tarefa; autoestima é o

julgamento do valor que cada um tem de si; e *locus* de controlo, por sua vez, diz respeito, não à percepção da capacidade, mas à crença na capacidade de controlar as múltiplas contingências relacionadas com a ação desenvolvida (Bandura, 2006).

A percepção da autoeficácia desempenha um papel fundamental nas estruturas de causalidade, pois afeta o desempenho não só diretamente, mas através do seu impacto sobre as outras classes de determinantes.

As crenças de eficácia afetam a auto motivação através do seu impacto sobre os objetivos e aspirações, e é em parte com base em crenças de eficácia que as pessoas escolhem o que desafiar, empreender, o esforço a investir, e o tempo a perseverar face a dificuldades, e se falharem se serão catalisadoras da motivação ou da desmoralização (Bandura, 2004).

Segundo Bandura (1997), a autoeficácia de cada pessoa envolve três componentes importantes: a percepção do nível de capacidade para realizar uma tarefa em um ambiente particular; os sentimentos de maior confiança para realizar uma tarefa específica; e um sistema de crenças que permita ao indivíduo ter controlo sobre os seus pensamentos, sentimentos e ações.

A competência, o conhecimento e a habilidade não são de todo os únicos aspetos a considerar quando se leva a cabo uma determinada ação, especialmente na prestação de cuidados a alguém dependente. Face a esta inquietação, e uma vez que a confiança do prestador de cuidados na sua habilidade de executar adequadamente uma tarefa é fundamental para atingir o sucesso, pensou-se ser pertinente efetuar um estudo de investigação com a finalidade de conhecer a percepção da autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados, após um episódio de internamento hospitalar da pessoa dependente.

Este estudo de investigação comportou três momentos, num primeiro momento efetuou-se uma pesquisa bibliográfica, no intuito de fornecer uma sustentação teórica adequada ao estudo, tendo-se recorrido para isso a artigos científicos, disponíveis em base de dados padronizadas nacionais e internacionais como a EBSCO, Google Scholar e Science Direct, e livros científicos relacionados com a temática em estudo, atendendo a autores de referência.

Posteriormente procedeu-se à aplicação de formulários a uma amostra não probabilística de conveniência de 60 membros da família prestadores de cuidados, por contacto direto nas suas residências, nos concelhos de Penafiel, Paredes, Paços de Ferreira e Lousada, tendo o Departamento de Medicina do Centro Hospitalar Vale do Sousa, Unidade Padre Américo, como centro de referenciação dos elementos da amostra.

Numa terceira etapa, elaborou-se uma base de dados e recorreram-se a testes estatísticos com recurso a uma plataforma informática o SPSS PASW 18®, de modo a responder aos objetivos em estudo, que são:

- ✓ Conhecer a percepção da autoeficácia de prestadores de cuidados de doentes dependentes no autocuidado;
- ✓ Explorar as relações entre a percepção da autoeficácia e as características dos prestadores de cuidados de pessoas dependentes no autocuidado;
- ✓ Explorar as relações entre a percepção da autoeficácia dos prestadores de cuidados e as características da pessoa dependente no autocuidado.

A estrutura e organização desta dissertação são efetuadas por uma sequência de três capítulos, no intuito de patentear uma melhor compreensão do percurso desenvolvido.

No primeiro capítulo é abordada a temática em estudo, valorizando a assunção do papel de prestador de cuidados por um membro da família como uma transição com relevância para a disciplina de Enfermagem, a importância da percepção da autoeficácia como um indicador e, simultaneamente, fator condicionante do processo de transição para um novo papel e a volição para a execução desta dissertação.

A metodologia é explicitada num segundo capítulo, onde estão patentes os objetivos, as considerações éticas e todos os aspetos relativos ao tipo de estudo, variáveis, procedimentos de recolha de dados e estratégias de análise dos mesmos.

Numa última fase é efetuada uma apresentação e discussão dos resultados, atendendo aos objetivos em estudo.

2 PROBLEMÁTICA EM ESTUDO

No presente capítulo serão abordados os conceitos basilares deste estudo de investigação, de modo a fornecer uma sustentação teórica que permita atingir os objetivos a que nos propusemos e a interpretação dos resultados obtidos.

A assunção / exercício do papel de membro da família prestador de cuidados emerge como uma transição relacionada com a condição de dependência no autocuidado do familiar e como tal com relevância para a enfermagem.

Por sua vez, a percepção da autoeficácia assume-se como um fator que pode condicionar o exercício do papel do membro da família prestador de cuidados, assim como poderá permitir monitorizar o exercício do seu papel como cuidador.

2.1 Tornar-se um Membro da Família Prestador de Cuidados: uma transição com relevância para a Enfermagem

O aumento da longevidade, associado ao aumento das doenças crónicas, conduziu a uma maior dependência das pessoas no domínio do autocuidado, pelo que a necessidade de um familiar ou amigo adotar o papel de prestador de cuidados, tem vindo a ser considerada de forma exponencial.

Martin (2005) refere que a responsabilidade da prestação de cuidados habitualmente recai sobre a família, nomeadamente sobre o elemento que menos terá a perder com o novo papel a desempenhar, no intuito desta tirar o melhor proveito e produtividade da situação que se apresenta. Habitualmente, o papel é desempenhado por mulheres solteiras, domésticas ou desempregadas e que já coabitam com a pessoa dependente, no entanto este prestador não se encontra sozinho recebendo muitas vezes o auxílio de outros elementos da família.

Cuidar de dependentes no seio da família requer clareza sobre a estrutura e processos familiares, o tipo de cuidado a ser prestado, o tempo exigido, as características da doença / condição de dependência e a importância do acompanhamento por

profissionais de saúde. A família deve ser vista como parte responsável pela saúde de seus membros, necessitando de ser ouvida, valorizada e estimulada a participar de todo o processo de cuidar (Peternella e Marcon, 2009; Gonçalves, et al., 2007).

Por cuidador entende-se a pessoa cuja incumbência é a de realizar as tarefas para as quais o doente lesado pelo episódio patológico não tem mais possibilidade de executar, tarefas que podem variar desde a higiene pessoal à participação financeira da família (Andrade, et al., 2009).

O ICN (2011), na versão CIPE 2.0, refere que um membro da família prestador de cuidados (MFPC) é alguém responsável pela identificação, prevenção e tratamento da doença ou incapacidade, que pesa as necessidades de um familiar dependente, acrescentando ainda que o seu papel de prestador de cuidados está relacionado com o (ICN, 2011:65):

“(...)Interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém; interiorizar a expectativa mantida pelas instituições de cuidados de saúde e profissionais de saúde, membros da família e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de um prestador de cuidados; expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos e valores; sobretudo relativamente a cuidar de um membro da família dependente.”

O prestador de cuidados pode assumir um carácter formal ou informal, surgindo a designação de cuidados informais em antítese aos profissionais, que formalmente assumem uma profissão para a qual optaram de livre vontade e tiveram preparação académica e profissional (Rodriguez, et al., 2001).

Rodriguez e colaboradores (2001: 184) identificam o cuidador informal como a “pessoa familiar ou não, que proporciona a maior parte dos cuidados e apoio diário a quem padece de uma enfermidade, ou requer ajuda para a realização das atividades da vida diária, sem receber remuneração económica por isso”.

No entanto, não é apenas o executar que define a identidade do prestador de cuidados, mas a consciência da atividade de cuidar e o significado desta na sua vida. Este é um processo que não acontece de forma abrupta, uma vez que a consciencialização da mudança surge com o tempo (Perlini, et al., 2005; Shyu, 2000).

Segundo Neri (2000), citado por Martins (2006), as tarefas a desempenhar pelos prestadores de cuidados, para com indivíduos com perda de autonomia, assentam em quatro domínios: o suporte em atividades instrumentais da vida diária; a assistência nas dificuldades funcionais de autocuidado; o apoio emocional ao cliente; e o modo de lidar com as pressões decorrentes do papel de cuidador.

Tradicionalmente, autocuidado tem vindo a ser definido como as atividades associadas à promoção de saúde, representando todo um conjunto de comportamentos que os indivíduos assumem para restaurar a saúde. Orem (1993) afirma que autocuidado é

a prática de actividades que as pessoas iniciam e desempenham, em benefício de si próprias, na manutenção da vida, saúde e bem-estar, encontrando-se intimamente associado com as suas habilidades, limitações e crenças (Dupas, et al., 1994; Backman e Hentinen, 1999).

Em 1971, Dorothea Orem publicou a primeira edição do seu livro *Nursing: Concepts of Practice*, onde aborda a teoria geral de enfermagem. Segundo Dupas e colaboradores (1994) esta teoria é constituída por três construções teóricas:

1. Teoria do Déficit do autocuidado: que refere que os cuidados de enfermagem são requeridos quando surgem limitações de saúde que impedem as pessoas de cuidar de si ou de dependentes, resultando num cuidado incompleto;

2. Teoria do autocuidado: em que o autocuidado e o cuidado de pessoas dependentes são comportamentos que regulam a integridade estrutural humana, o seu funcionamento e o desenvolvimento humano, denotando uma relação entre as acções intencionais de autocuidado e a satisfação das necessidades de cuidados.

3. Teoria dos Sistemas de Enfermagem: os sistemas de enfermagem emergem quando os enfermeiros usam as suas habilidades para prescrever, elaborar e prestar cuidados a pessoas, executando determinadas acções que irão regular a capacidade das pessoas para se adaptarem ao autocuidado, atendendo aos seus próprios requisitos.

Dorothea Orem (1993) sugere três sistemas de enfermagem relacionados com a dinâmica do autocuidado: o sistema de suporte educativo, o sistema de compensação parcial e o sistema de compensação total; assumindo, nos dois últimos sistemas referenciados, os profissionais de saúde e os membros da família prestadores de cuidados (MFPC) um papel essencial na satisfação das necessidades de cuidados de pessoas com dependência no autocuidado.

Os enfermeiros precisam de estar conscientes de que os internamentos hospitalares representam uma situação temporária na vida do doente e podem catalisar a instabilidade ou vulnerabilidade na assunção/exercício do papel dos MFPC, mesmo nas situações que o membro de família já assumia o papel de prestador de cuidados anteriormente.

Em contrapartida, a família é uma instituição permanente que assiste a pessoa dependente, pelo que é essencial a sua orientação e capacitação para cuidar da pessoa dependente.

As alterações na vida diária da família podem causar desequilíbrio pela vulnerabilidade dos seus membros, ainda não estabilizados depois das mudanças de papel, tornando o ambiente fértil para a eclosão de verdadeiras crises familiares, pois o ritmo de

vida da família é intensificado pela doença e, conseqüentemente pode promover ruturas (Andrade, et al., 2009).

A alta hospitalar não é sinónima de declínio da saúde do doente dependente; no entanto, é premente referir que os cuidados ao mesmo serão alvo de uma sobrecarga no seio familiar em que esta pessoa estará inserida, evidenciando deste modo a importância do prestador de cuidados neste processo, sendo necessário perceber quais as suas necessidades e competências na assunção deste papel.

A competência (*skill*) é definida como algo que os prestadores de cuidados fazem utilizando comportamentos direcionados para um determinado objetivo, tendo como base o conhecimento, a experiência ou a personalidade, sendo a capacidade de estabelecer uma comunicação efetiva com os profissionais de saúde uma das competências mais importantes (Schumacher et al., 2000).

Como tal, a competência (*skill*) do MFPC pode ser definida como uma estratégia para que os familiares dependentes sejam alvo de uma melhor prestação de cuidados, pelo que Schumacher e colaboradores (2000) enunciam nove processos de prestação de cuidados que comportam aspetos cognitivos, comportamentais e interpessoais, tais como:

- monitorizar, é o processo de observar como a pessoa cuidada se encontra, assegurando que possíveis mudanças na sua condição de saúde possam ser detetadas;
- interpretar, encontra-se definido como o processo de atribuir um sentido àquilo que se observa;
- decidir, define-se como o processo de optar por uma determinada ação com base na situação que é observada e interpretada;
- agir, é o processo de levar a cabo as decisões e instruções;
- ajustar, é o processo de refinamento progressivo das ações até que a melhor estratégia seja encontrada;
- aceder a recursos, define-se como o processo de obter aquilo que é necessário para providenciar os cuidados, o que inclui a informação e os equipamentos para uso domiciliário, a assistência de serviços da comunidade, a ajuda com a lida da casa e com os cuidados pessoais;
- providenciar cuidados, é definido como o processo de executar procedimentos de enfermagem e médicos;
- trabalhar com a pessoa cuidada, é o processo de partilhar os cuidados com o recetor do cuidado de forma a não existir qualquer situação de atentado à autonomia e à personalidade (de ambos);
- negociar com o sistema de saúde, encontra-se definido como o processo de a garantir que as necessidades da pessoa cuidada sejam satisfeitas adequadamente.

Por sua vez, os nove processos englobam um conjunto de sessenta e três indicadores da prestação de cuidados, que caracterizam o nível de competência com que cada processo é desempenhado (Anexo I).

Shyu (2000) refere que o desenvolvimento do papel de prestador de cuidados é um processo longitudinal, compreendido por três fases que se articulam entre si, com a finalidade de prestar cuidados de qualidade, que são a de envolvimento, negociação e resolução, tendo em cada uma delas identificado as necessidades do prestador de cuidados inerentes ao processo de transição.

A primeira fase, em que se desenvolve o envolvimento no papel, ocorre durante o período intra-hospitalar em que se inicia a consciencialização do papel a desempenhar (Shyu, 2000). Nesta fase inicial os prestadores de cuidados reportam necessidades de informação sobre a condição de saúde da pessoa dependente, a assistência nas atividades de vida diária e a monitorização e gestão de sintomas (McClean, et al., 1991; Shyu, 2000; Deane, et al., 2005; Mackenzie, et al., 2007; Yedidia, et al., 2008).

A segunda fase, a negociação do papel, surge da transição do hospital para o domicílio e cessa após o estabelecimento de uma interação adequada entre o cuidador e a pessoa cuidada (Shyu, 2000). A ajuda nos cuidados diários é o foco da necessidade do prestador de cuidados ao desempenhar este papel, que visa o desenvolvimento de habilidades na assistência nas atividades de vida diária da pessoa cuidada, a promoção do envolvimento da pessoa alvo dos cuidados em todo o processo de assistência, a gestão das emoções da pessoa cuidada e a promoção de um apoio contínuo (Shyu, 2000; Kersten, et al., 2001; Li, 2004; King, et al., 2006).

A resolução do papel emerge numa terceira fase, em que o cuidador e a pessoa cuidada encontram um padrão de interação estável (Shyu, 2000). Nesta fase, o suporte emocional dos cuidadores ocupa um lugar de destaque, porque a consciencialização da mudança de papel torna-se efetiva e o prestador refere necessidade de ser compreendido, apreciado e apoiado (Shyu, 2000; Mackenzie, et al., 2007; Mak, et al., 2007).

Durante todo este processo de preparação, constata-se que quanto maior for o grau de dependência funcional da pessoa cuidada e menor for a experiência do prestador de cuidados maior será a necessidade deste último na obtenção de informação e no desenvolvimento de habilidades para assistir a pessoa dependente (Shyu, 2000).

Face a isto, urge a preocupação de responder adequadamente às necessidades dos membros da família prestadores de cuidados, dotando-os de conhecimentos, habilidades e recursos que lhes permitam prestar cuidados efetivos, com a finalidade de diminuir a probabilidade de problemas no domicílio (Brereton, 1997; Driscoll, 2000) promovendo um

sentimento de mestria, resultado de uma transição saudável e patente através de uma gestão efetiva perante novas situações (Meleis, et al., 2010).

2.2 A Percepção de Autoeficácia como um condicionalismo e um padrão de resposta no exercício do papel do Membro da Família Prestador de Cuidados

Prestar cuidados de qualidade é importante para os familiares cuidadores pelo que o desenvolvimento de competências, conhecimento e habilidades é um aspeto essencial no processo de se tornar prestador de cuidados.

Existem diversos conceitos em uso relacionados com a capacidade de cuidar bem de alguém, destacando-se a mestria, a autoeficácia, a preparação, a competência e a qualidade de cuidados familiares (Schumacher, et al., 2000).

A percepção da autoeficácia é definida como as crenças das pessoas sobre as suas capacidades para produzir determinados níveis de desempenho que exercem influência sobre os acontecimentos que afetam as suas vidas. As crenças de autoeficácia determinam como as pessoas se sentem, pensam, motivam e comportam (Bandura, 1977, 1994, 2001, 2001a, 2004, 2006; Steffen, et al., 2002; Bandura e Benight, 2004; Ribeiro, 2008).

Uma elevada percepção de eficácia aumenta a realização humana e o bem-estar pessoal de muitas maneiras, pelo que pessoas com elevada confiança nas suas capacidades abordam as adversidades como desafios a serem dominados, e não como ameaças a serem evitadas, fixando metas desafiadoras e mantendo um forte compromisso com eles próprios (Bandura, 1994; Ribeiro, 2008).

Schumacher e Meleis (2010) são categóricas ao afirmar que o medo de falhar, um elevado sentido de autocrítica, um sentimento de derrota ou de falta de confiança são promotores de uma incapacidade de concentração e de falta de vontade para arriscar perante um desafio, evitando o desconhecido. Assim, perante um fracasso devem-se aumentar e sustentar os esforços para possibilitar uma rápida recuperação, uma vez que o fracasso pode ser encarado como um esforço insuficiente ou deficiente conhecimento ou habilidade, que são passíveis de aquisição (Bandura, 1994; Ribeiro, 2008).

A percepção da autoeficácia determina a quantidade de esforço que as pessoas vão mobilizar e quanto tempo irão persistir face aos diversos obstáculos e experiências adversas, pelo que pode ser encarada como a convicção de que se pode executar com

sucesso um determinado comportamento e, deste modo, produzir os resultados desejados (Bandura, 1977; Bandura, 1994; Gilliam, et al., 2006; Khan, et al., 2007).

Os mesmos autores mencionam que os resultados de uma ação e a percepção da autoeficácia podem ser diferenciáveis, uma vez que pode existir a crença de que um determinado resultado seja obtido através de uma determinada ação, mas, se existirem dúvidas sobre a exequibilidade da mesma, a pessoa irá inibir-se mesmo sabendo qual seria o resultado final.

Em 2003, Kunh e colaboradores pretendiam intervir junto de um grupo de familiares cuidadores de dependentes no autocuidado, no sentido de lhes aumentar a sua percepção de autoeficácia no seu papel de cuidador dessas pessoas. Assim elaboraram um programa de seis semanas com o objetivo de dotar o membro da família prestador de cuidados de estratégias para mediar o stresse relacionado com a situação. No final do estudo, os resultados foram bastante positivos, uma vez que houve um aumento da autoeficácia dos participantes e uma diminuição no aparecimento de depressão ou outros sinais de desgaste emocional e físicos do cuidador.

Os resultados deste estudo estão muito focados no MFPC. Esta realidade, sendo pertinente, não pode dispensar a exploração da relação da autoeficácia dos MFPC com a condição do familiar dependente, aquele que é cuidado.

A percepção de autoeficácia pode ser desenvolvida com base em quatro principais fontes de informação (Bandura, 1994, 1997; Steffen et al., 2002):

- i) experiências de mestria que servem como indicadores de capacidade;
- ii) experiências de observação que alteram as crenças de eficácia através da transmissão de competências e comparação com as metas de outras pessoas;
- iii) persuasão verbal aliada a influências sociais;
- iv) estudos psicológicos e afetivos através dos quais as pessoas julgam a sua capacidade, a resiliência, a força e a vulnerabilidade perante a adversidade.

Bandura (1994, 1997) e Steffen e colaboradores (2002) consideram as experiências de mestria como o modo mais eficaz de criar uma elevada percepção de eficácia, uma vez que o sucesso catalisa a construção de uma crença sólida na percepção da autoeficácia. No entanto, as “falhas” minam todo este processo, especialmente se ocorrer uma falha antes da percepção de eficácia estar firmemente estabelecida (Bandura, 1994; Steffen, et al., 2002).

Se as pessoas apenas vivenciam sucessos fáceis irão esperar resultados rápidos, sentindo-se facilmente desencorajados pelo fracasso. Uma percepção de eficácia resiliente exige experiência na superação de obstáculos através de um esforço perseverante. Alguns contratempos e vicissitudes em atividades humanas servem um propósito útil, atendendo

que ensinam que o sucesso normalmente requer um esforço sustentado, pelo que é essencial que as pessoas se convençam de que para ter sucesso é preciso perseverar face às agruras e recuperar rapidamente dos reveses, emergindo mais fortes da adversidade (Bandura, 1994).

A segunda forma de criação e fortalecimento da percepção da autoeficácia é através da observação de modelos sociais. Observar pessoas semelhantes a obterem sucesso através do esforço sustentado enaltece as crenças dos observadores, aumentando a sua percepção de que também eles possuem a capacidade de dominar as atividades similares e obter sucesso. O impacto do modelo de percepção da autoeficácia é fortemente influenciado pela semelhança percebida com os modelos, uma vez que quanto maior a semelhança mais persuasivos serão os sucessos e fracassos dos modelos (Bandura, 1994, 1997).

A modelagem fornece mais do que um padrão social contra o qual uma pessoa julga as suas capacidades. As pessoas procuram modelos proficientes que possuam as competências que aspiram. Através do seu comportamento e modos de pensamento, os modelos competentes transmitem conhecimentos e ensinam aos observadores habilidades e estratégias eficazes para a gestão das necessidades ambientais, uma vez que a aquisição de meios melhores enaltece a percepção da autoeficácia (Bandura, 1994, 1997).

Segundo o mesmo autor, a persuasão social é uma terceira forma de reforço das crenças das pessoas que têm o que é preciso para ter sucesso. As pessoas que são persuadidas verbalmente de que possuem a capacidade de dominar determinadas atividades são suscetíveis de mobilizar um maior esforço e sustentá-la perante dúvidas ou problemas pessoais, na medida em que ao aumentar a persuasão da percepção de autoeficácia as pessoas irão esforçar-se arduamente para obter sucesso, promovendo o desenvolvimento de habilidades e percepção de eficácia pessoal.

No quotidiano, um membro de família prestador de cuidados irá abordar, explorar e lidar com situações dentro das suas capacidades de autopercepção. No entanto, existirão outras situações em que acontece o contrário, surgindo como fatores stressantes que os MFPC percecionam como superiores e ameaçadoras à sua capacidade de adaptação. Assim, é fundamental que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, forneçam os recursos necessários aos prestadores de cuidados para que estes se sintam aptos para a prestação de cuidados no domicílio, mobilizando sempre um maior esforço e empenho perante situações desfavoráveis.

As pessoas também dependem, em parte, dos seus estados somáticos e emocionais para julgar as suas capacidades, interpretando as suas reações de stresse e tensão, como sinais de vulnerabilidade resultantes de um mau desempenho. Nas atividades que envolvam força e resistência, as pessoas julgam a fadiga e as dores como sinais de

debilidade física; o humor também influencia os julgamentos das pessoas sobre a sua eficácia pessoal, uma vez que o humor positivo aumenta a percepção da autoeficácia. A quarta forma de modificar as crenças de autoeficácia é reduzir as reações das pessoas ao stress e alterar as suas interpretações negativas ao nível físico e emocional (Bandura, 1994).

As crenças de autoeficácia influenciam o modo como as pessoas se sentem, pensam, motivam e agem. Alguma literatura (Bandura, 1994, 1997; Bandura e Benight, 2004) demonstra que as crenças de autoeficácia regulam o funcionamento humano através de quatro processos principais, o cognitivo, o motivacional, o afetivo e a seleção de processos.

Os efeitos das crenças de autoeficácia nos processos cognitivos assumem uma variedade de formas. Muito do comportamento humano, sendo propositado, é regulado pela prudência que contém metas valorizadas. O estabelecimento de metas pessoais é influenciado pela autoavaliação de capacidades, quanto mais forte for a percepção da autoeficácia, maior será o desafio que as pessoas estabelecem para si próprios e mais firme é o seu compromisso para com eles (Bandura, 1994, 1997).

Bandura (1994,1997) refere ser necessária uma elevada percepção de autoeficácia para se permanecer orientado para uma tarefa perante a pressão e as exigências de uma situação, falhas e contratempos que têm sempre repercussões significativas.

Quando as pessoas se deparam com a gestão de uma situação problemática, aquelas que tiverem dúvidas sobre a sua autoeficácia desenvolverão cada vez mais um pensamento analítico errático, as suas aspirações serão menores e a qualidade do seu desempenho se deteriorará. Em contraste, com aqueles que mantiverem um sentido de eficácia resiliente, fixarem metas desafiadoras e usarem o pensamento analítico correto que serão compensados em termos de realizações de desempenho.

Ainda segundo o mesmo autor, as crenças de autoeficácia desempenham um papel fundamental na autorregulação da motivação. A maioria da motivação humana é gerada cognitivamente. As pessoas motivam-se e guiam as suas ações antecipadamente através de um exercício de reflexão, formando crenças sobre a capacidade de exequibilidade da tarefa, antecipando prováveis resultados e definindo metas e ações a realizar futuramente.

Citando Bandura (1994, 1997), existem três formas diferentes de motivações cognitivas em torno das quais se construíram diferentes teorias: a teoria da atribuição; a teoria do valor-expectativa; e, a teoria da meta, correspondendo a cada uma, respetivamente, a seguinte característica: atribuições causais; expectativas de resultados; e metas.

A percepção da autoeficácia influencia as atribuições causais, afetando a motivação, performance e as reações afetivas, uma vez que as pessoas que possuem uma elevada percepção da eficácia atribuem as suas falhas de desempenho a um esforço reduzido, e aqueles que se determinam ineficazes referem possuir pouca capacidade de execução.

Na teoria valor-expectativa, a motivação é regulada pela expectativa de que um tipo de comportamento irá produzir determinados resultados. No entanto, as pessoas agem consoante as suas crenças na capacidade de exequibilidade, bem como sobre as crenças de almejar prováveis resultados de desempenho. A motivação influenciada pelas expectativas é, portanto, em parte, regulada por crenças de eficácia. Como tal a percepção da autoeficácia assume um papel crucial na previsibilidade da teoria do valor-expectativa (Bandura, 1977).

A capacidade de exercitar a autoinfluência através de objetivos e metas predefinidas promove um elevado mecanismo cognitivo de motivação, uma vez que quanto mais desafiantes forem as metas a atingir maior será a motivação. A motivação baseada na definição de metas envolve um processo de comparação cognitiva, pelo que as pessoas orientam o seu comportamento e criam incentivos para persistir os seus esforços até que se cumpram os seus objetivos, ansiando a autossatisfação do cumprimento das metas e intensificando os seus esforços perante um desempenho insuficiente.

A motivação baseada em metas ou padrões pessoais é regida por três tipos de influências pessoais, que são as reações de autossatisfação e autoinsatisfação para com o desempenho, percepção de autoeficácia para realização do objetivo, e o reajuste de objetivos pessoais. A percepção da autoeficácia contribui para a motivação de várias formas, determinando as metas que cada um estabelece para si, quanto esforço se irá dispensar e quanto tempo irá perseverar e resistir face aos insucessos (Bandura, 1994).

As crenças das pessoas nas suas capacidades de coping afetam o nível de stresse e a depressão que experienciam em situações ameaçadoras ou difíceis, assim como o nível de motivação. A percepção da autoeficácia pode exercer controlo sobre o stresse desempenhando um papel fundamental no controlo da ansiedade, pelo que as pessoas que acreditam que não podem gerir as suas ameaças sentem maiores níveis de ansiedade.

A ansiedade é influenciada não apenas pela capacidade de coping, mas pela percepção da autoeficácia para controlar pensamentos perturbadores, constituindo-se um fator chave na regulação do pensamento produzido pelo stresse e depressão (Bandura, 1994).

A teoria social cognitiva prescreve experiências de mestria como um veículo poderoso para incutir um forte sentido de coping eficaz em pessoas cujo funcionamento está seriamente comprometido por uma intensa apreensão e reações fóbicas de

autoproteção. As experiências são estruturadas de forma a desenvolver habilidades de coping e instalar convicções de que se pode exercer controlo sobre ameaças potenciais, uma vez que as tarefas mais agrestes são primeiramente modeladas para mostrar às pessoas como lidar com as ameaças e refutar os seus piores medos, dividindo essas tarefas em subtarefas com passos de fácil realização. Com um coping eficaz o tempo de realização da atividade é prorrogado, pelo que meios de proteção e dosagem da gravidade das ameaças também podem ajudar a restaurar e a desenvolver um sentimento de coping adequado, promovendo uma percepção da autoeficácia resiliente apta a suportar qualquer dificuldade ou adversidade (Bandura, 1977, 1994, 1997).

As pessoas são, em parte, o produto do meio que as envolve, portanto as crenças de autoeficácia podem moldar a vida naturalmente, influenciando a escolha das atividades e ambientes. As pessoas tendem a evitar atividades e situações que acreditam exceder as suas capacidades de adaptação, no entanto prontamente realizam atividades desafiadoras e situações que julgam capazes de manusear.

Pelas escolhas que fazem, as pessoas cultivam diferentes competências, interesses e redes sociais que irão determinar a trajetória da sua vida. Qualquer fator que influencia o comportamento pode afetar profundamente o sentido do desenvolvimento pessoal, isto porque as influências sociais continuam a promover determinadas competências, valores e interesses ao longo da vida (Bandura, 2006).

Realizações humanas e bem-estar positivo requerem um senso de eficácia pessoal otimista, isso porque as realidades sociais encontram-se repletas de dificuldades, obstáculos, adversidades, contrariedades, frustrações e injustiças, pelo que as pessoas devem ter um senso de eficácia pessoal robusto para sustentar um esforço perseverante para ter sucesso (Bandura, 2006).

Quando as pessoas erram no seu processo de autoavaliação tendem a sobrestimar as suas capacidades, devendo isto ser encarado como um benefício e não como uma avaliação cognitiva errada, uma vez que se as crenças de eficácia apenas refletissem o que se pode fazer rotineiramente e que raramente falha, não iriam definir as aspirações para além do seu alcance imediato, nem recorreriam a um esforço extra para superar as suas performances normais.

A escolha para assumir o papel de prestador de cuidados é apenas um dos exemplos do poder das crenças de autoeficácia para alterar o percurso de vida através de uma escolha, realçando que quanto maior o nível de percepção de autoeficácia maior será a variedade de opções a considerar seriamente, o interesse por elas e o sucesso pessoal, assim como melhor será a preparação e a qualidade dos cuidados.

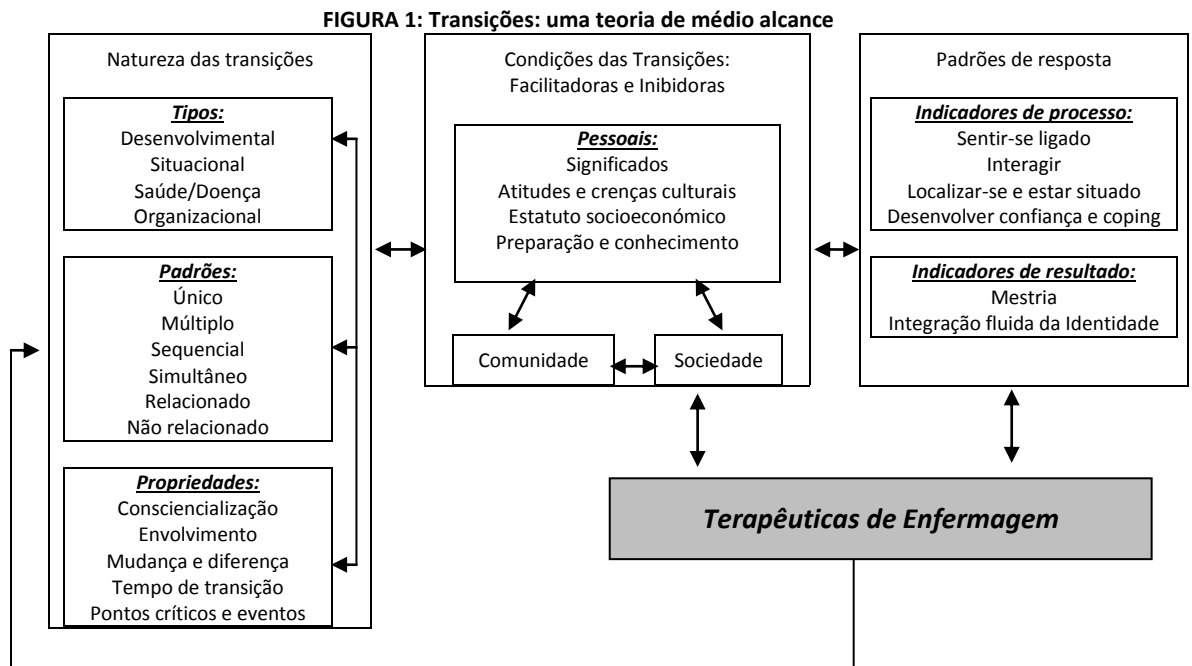
O processo de transição para o papel de prestador de cuidados envolve uma panóplia de condições, dos quais se destacam as expectativas, o nível de conhecimento e habilidade, o ambiente, o nível de planeamento, o bem-estar físico e emocional e a percepção de autoeficácia (Schumacher e Meleis, 2010).

A transição para o papel de membro da família prestador de cuidados não corresponde a um evento apenas, mas a uma reorientação e auto redefinição que as pessoas incorporam no intuito de mudar a sua vida (Kralik, Visentin e Van Loon, 2010), existindo condições que influenciam e indicadores que patenteiam a evolução do processo de transição, dos quais se destaca a percepção da autoeficácia. Uma elevada percepção da autoeficácia será responsável pelo sentimento de confiança e adaptação perante novas situações, pelo que se pode definir, simultaneamente, como um condicionalismo e um indicador do processo.

Os percursos e as características pessoais que conduzem os prestadores de cuidados a assumir os seus papéis são múltiplos. A assunção deste papel inicia-se com uma consciencialização que decorre de forma gradual, atendendo à história e à forma de como se tornou cuidador, à dependência do seu familiar ou ao tipo de cuidados necessários. Segundo Shyu (2000) e Haigler e colaboradores (2004), a prestação de cuidados com qualidade surge muitas vezes associada a esta consciencialização adequada.

Todo o processo de preparação do regresso a casa tem como finalidade a adaptação do prestador de cuidados e do doente a uma nova realidade. Shyu (2000) refere que é um processo longitudinal, compreendido por três fases que se articulam entre si, e que têm como finalidade máxima a qualidade na assistência dos cuidados. A mesma autora refere igualmente que, muitas vezes, em ambiente hospitalar, e atendendo que os períodos de internamentos são cada vez mais curtos, o prestador de cuidados apenas atinge a primeira fase, a de envolvimento, desenvolvendo as outras com a experiência e vivência com a pessoa alvo dos seus cuidados.

Meleis e Chick (2010) referem que a passagem de uma fase da vida, condição ou estatuto para outra se denomina transição, sendo este conceito caracterizado por um processo uma vez que pressupõe fases e um espaço temporal. Este conceito de transição é consistente com uma filosofia de saúde holística e como tal central na prática de Enfermagem, tendo Meleis e colaboradores (2010) elaborado uma teoria de médio alcance que define a natureza das transições, as condições facilitadoras e inibidoras da transição, os padrões de resposta e as terapêuticas de enfermagem (Figura 1).



Fonte: Adaptado de Meleis e colaboradores, 2010: 56.

Uma vez que as transições se caracterizam por um processo longitudinal, identificar fatores que conduzem as pessoas numa direção de saúde ou de vulnerabilidade ou risco permite avaliar as terapêuticas de enfermagem na obtenção de resultados, podendo estes resultados ser definidos como padrões de resposta (Schumacher e Meleis, 2010).

Dos mecanismos de ação humana, é importante considerar as crenças das pessoas nas suas capacidades de gerir a sua vida e exercitar o controlo sobre os múltiplos eventos que afetam as suas vidas.

Quando determinadas experiências conferem uma elevada mestria, os indivíduos sentem-se mais confiantes na execução das suas atividades, elevando-lhes a percepção de autoeficácia. Quanto mais forte a percepção da autoeficácia, mais auspiciosos serão os objetivos que as pessoas estabelecem e maior será o empenho para atingir os resultados desejados, encarando sempre as adversidades como algo transponível (Bandura, 2006).

A percepção da autoeficácia é a chave determinante na estrutura causal, e consequentemente um conceito fundamental para a Enfermagem, porque afeta os comportamentos de saúde de uma forma direta e de uma forma indireta. Deste modo, deve ser entendida como um fator pessoal que condiciona a transição na assunção do papel de MFPC e como um padrão de resposta às transições vivenciadas num ciclo vital.

Face a isto, pensamos ser oportuno efetuar o estudo centrado na percepção da autoeficácia de membros da família prestadores de cuidados de pessoas com dependência para o autocuidado.

3 METODOLOGIA

A palavra metodologia utiliza-se frequentemente com diferentes significados. No entanto, na investigação, a metodologia diz respeito às diferentes fases e procedimentos que são necessários para a obtenção de um conhecimento racional, sistemático e organizado (Vilelas, 2009). A metodologia da investigação fornece orientação ao investigador para o tipo de estudo adequado e harmoniza-se com o estado de conhecimento sobre o tema em estudo e os objetivos do mesmo (Fortin, 2009).

3.1 Finalidade do estudo

A finalidade de uma investigação evidencia uma situação que necessita de elucidação, variando segundo se trata de descrever, explicar ou prever relações entre os diversos conceitos, tendo o investigador de apresentar o tema e as principais características da população (Polit, 2004).

Neste sentido, emerge como finalidade de investigação conhecer a percepção da autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados que cuidam de pessoas com dependência no autocuidado, após um episódio de internamento hospitalar.

A relevância desta abordagem radica no facto de à partida, termos admitido que alguns casos a serem estudados pudessem corresponder a processos de início da assunção do papel de MFPC. Por outro lado, tínhamos a expectativa que os episódios de internamento de dependentes já cuidados no seio familiar pudessem, também, representar eventos com potencial de gerar instabilidade na autoeficácia percecionada pelos MFPC.

3.2 Desenho do estudo

Os problemas de investigação assumem diversas formas, resultando diferentes níveis de investigação e consequentemente diferentes métodos, pelo que um desenho de investigação “tem por objetivo fornecer uma estrutura operacional que permita obter respostas às questões de investigação (...) que foram formuladas” (Fortin, 2009:219), guiando o investigador na planificação e realização do estudo de modo a que objetivos definidos sejam atingidos.

O estudo desenvolvido inscreve-se num paradigma de investigação quantitativo, tendo um perfil descritivo e transversal.

Quantitativo porque o objetivo deste tipo de investigação reside essencialmente na busca de regularidades, recorrendo para isso ao tratamento estatístico do material obtido (Fortin, 2009).

Descritivo uma vez que se pretende “identificar as características de um fenómeno de maneira a obter uma visão geral de uma situação” com a intenção de “destacar as características de uma população (...), de compreender fenómenos mal elucidados (...) ou conceitos que foram pouco estudados” (Fortin, 2009: 236).

Transversal atendendo que neste estudo os “dados são recolhidos num único momento” (Ribeiro, 2010: 52).

3.3 Variáveis em estudo

As variáveis de uma investigação constituem-se um elemento central dado que é à volta delas que se circunscreve uma investigação. Como o próprio nome indica, variável é algo que varia, uma característica que se distribui por diferentes valores ou qualidades, uma antítese a uma constante (Ribeiro, 2010).

As variáveis assumem diferentes valores que podem ser medidos, manipulados ou controlados e são passíveis de ser classificadas, neste caso em variáveis de investigação e variáveis atributo (Fortin, 2009).

As variáveis de investigação são qualidades, propriedades ou características que são observadas ou medidas, não existindo variáveis independentes a manipular nem relações de causa efeito a examinar. As variáveis atributo apresentam-se como características pré-

existentes dos participantes, habitualmente constituídas por dados sócio-demográficos ou outros atributos dos participantes (Fortin, 2009).

No presente estudo, a variável central em estudo é a percepção da autoeficácia dos MFPC. As características dos MFPC (como a idade, o sexo, o estado civil, entre outras) e dos familiares dependentes (como a idade, tempo de dependência, o nível de dependência nos tipos de autocuidado, entre outros) representam variáveis de atributo ou caracterizadoras dos participantes (casos) (Tabela 1; Anexo II).

TABELA 1: Operacionalização das variáveis em estudo

VARIÁVEL	VALORES
Sexo	1, Feminino; 2, Masculino
Idade	Numéricos
Estado Civil	1, Casado/união de Facto; 2, Solteiro; 3, Viúvo; 4, Divorciado.
Escolaridade	Numéricos
Profissão	1, Ativo; 2, Não ativo.
Coabitação com o familiar dependente	1, Sim; 2, Não
Grau de Parentesco do MFPC com a Pessoa dependente	1, Marido/Esposa; 2, Pai/Mãe; 3, Filho/Filha; 4, Irmão/Irmã; 5, Afinidade (nora; padasto; cunhado); 6, Sem grau de parentesco
Tempo de exercício do papel de MFPC	Numéricos
Situação que originou dependência	1, Envelhecimento; 2, Acidente; 3, Doença Aguda; 4, Doença Crónica
Instalação da dependência	1, Súbita; 2, Gradual
Tempo de dependência	Numéricos
Internamentos no último ano	Numéricos
Episódios de Recurso ao SU	Numéricos
Consumo de medicamentos	1, Sim; 2, Não
Variedade de Fármacos	Numéricos
Nº de Fármacos nas tomas dia	Numéricos
Nível de dependência face a cada tipo de autocuidado	1, Dependente não participa; 2, Necessita de ajuda de pessoas; 3, Necessita de equipamentos; 4, Completamente Independente
Percepção da Autoeficácia do MFPC face ao à dependência para o autocuidado do familiar	1, Incompetente; 2, Pouco Competente; 3, Mediamente competente; 4, Muito competente
Avaliação da condição de saúde do familiar dependente	1, Sim; 2, Não
Número de Dejeções por semana	Numéricos
Número de quedas no último mês	Numéricos

O nível de dependência no autocuidado, “variável” a que nos referimos na tabela anterior, operacionaliza-se, tal como pode ser constatado no anexo VII, a partir de um conjunto de (sub) escalas, cada uma centrada num domínio ou tipo de autocuidado (Alimentar-se; Tomar banho; Transferir-se; Virar-se...); escalas que incluem um conjunto de itens ou indicadores que, em função de quatro “graus” de dependência, nos permitem ter uma noção precisa do tipo e nível de dependência do cliente avaliado. Tal como veremos adiante, estas escalas são fruto de um trabalho apurado desenvolvido no âmbito da ESEP, por um conjunto de docentes.

A percepção da autoeficácia (PAE) dos MFPC, “variável central” em estudo, tal como fica claro da consulta do anexo VII, concretiza-se e operacionaliza-se a partir de um conjunto de (sub) escalas, tendo por referência cada um dos diferentes domínios do autocuidado. Quer isto dizer que, neste estudo, a PAE dos MFPC foi estudada em função de cada um daqueles tipos de autocuidado. Assim, podemos dizer que aquilo que estudamos

foi a percepção da autoeficácia dos MFPC face à dependência no(s) autocuidado(s) dos seus familiares.

3.4 População e amostra

População ou universo é o conjunto de elementos abrangidos por uma mesma definição que têm uma ou mais características em comum a todos eles, distinguindo-os de outro grupo qualquer.

O número de elementos de uma população designa-se por grandeza ou dimensão e representa-se por N. A população deve ser definida em pormenor, de tal forma que um investigador possa determinar se os resultados que se obtiveram ao estudar uma dada população podem ser aplicados a outras populações com características idênticas (Carmo e Ferreira, 2008).

No entanto, o número de elementos de uma população pode ser demasiado grande para tornar possível, atendendo ao tempo e aos recursos existentes, observá-los na totalidade pelo que se torna necessário proceder à seleção de elementos pertencentes a essa população ou universo.

A técnica designada por amostragem conduz à seleção de uma parte ou subconjunto de uma dada população ou universo que se denomina amostra, de tal maneira que os elementos que constituem a amostra podem ser mais ou menos representativos da população de origem (Carmo e Ferreira, 2008). Este facto remete-nos para as questões relativas ao plano de amostragem.

Neste estudo optou-se por uma amostra não probabilística, atendendo que os elementos da população não terão todos a mesma possibilidade de serem selecionados (Fortin, 2009). Para além disso, esta opção foi ditada pelas possibilidades, recursos e limites de condução do estudo.

Das técnicas de amostragem não probabilística, recorreu-se à técnica de amostragem por conveniência, o que permitiu reunir um grupo de casos, sem nenhum plano preconcebido, como resultado de circunstâncias fortuitas, decorrentes da vontade das pessoas e das possibilidades do próprio investigador (Carmo e Ferreira, 2008; Vilelas, 2009). Este tipo de amostra limita bastante o alcance dos resultados apurados; facto que, desde logo, assumimos.

Do universo de todos os casos de pessoas residentes nos concelhos de Lousada, Paços de Ferreira, Paredes ou Penafiel, internadas no Departamento de Medicina do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa - Unidade Padre Américo (entre Janeiro e Abril de 2011), com dependência no autocuidado e que regressavam a casa, sendo cuidadas por um familiar, obtivemos uma amostra de 60 casos. Assim, este estudo baseia-se numa amostra de casos de membros da família prestadores de cuidados de familiares com dependência no autocuidado, residentes nos concelhos de Lousada, Paços de Ferreira, Paredes ou Penafiel, com alta daquele departamento há cerca de 7 a 15 dias. Assim, a recolha de dados decorreu no domicílio das famílias.

Os critérios de inclusão definidos para o estudo foram:

- o familiar dependente e o MFPC serem maiores de 18 anos;
- o familiar dependente ter estado internado no Departamento de Medicina do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa - Unidade Padre Américo;
- o familiar dependente e o MFPC residirem no Concelho de Lousada, Paços de Ferreira, Paredes ou Penafiel;
- aceitarem participar no estudo, de forma voluntária e informada.

A dimensão da amostra – 60 casos – resultou da aplicação dos referidos critérios, bem como das nossas limitações, o que nos obrigou a cessar a recolha de dados neste número de participantes.

3.4.1 Caracterização da amostra

Dos 60 casos estudados, 22 (36,7%) são do Concelho de Penafiel, 20 (33,3%) do Concelho de Paredes, 10 (16,7%) do Concelho de Lousada e 8 (13,3%) do Concelho de Paços de Ferreira (tabela 2).

TABELA 2: Caracterização da amostra segundo o local de residência

Concelho de Residência	N (60)	%
Penafiel	22	36,7
Paredes	20	33,3
Paços de Ferreira	8	13,3
Lousada	10	16,7

3.4.1.1 Caracterização dos Membros da Família Prestadores de Cuidados

Neste estudo participaram 11 (18,3%) MFPC do sexo masculino e 49 (81,7%) do sexo feminino, perfazendo um total de 60 membros de família prestadores de cuidados (MFPC).

Os MFPC têm em média 56,4 anos, tendo o mais novo 18 anos e o mais velho 86 anos. A escolaridade dos MFPC é variável. A amostra apresenta, em média, o 4º ano de escolaridade. Em média, o MFPC consome 65 horas por semana para cuidar da pessoa dependente e assumiu o papel de cuidador há 3,8 anos, o que nos informa que não se tratam de casos que o MFPC esta a iniciar o processo de transição para o papel (tabela 3).

TABELA 3: Caracterização sócio-demográfica dos MFPC (variáveis quantitativas)

	Idade (anos)	Escolaridade (anos)	Há quanto tempo é MFPC? (anos)	Horas despendidas por semana no cuidar
Média	56,4	4,6	3,8	65,0
Mediana	56,0	4,0	2	56,0
Desvio Padrão	13,9	2,9	6,5	42,2
Mínimo	18,0	0	0	8
Máximo	86,0	16,0	48	168,0

N = 60

A maioria dos MFPC é casada (50; 83,3%), não ativa profissionalmente (40; 66,7%) e coabita com a pessoa dependente (57; 95,0%). Do total de 60 MFPC, 24 (40%) são conjugues e 31 (51,7%) são filhos da pessoa dependente (tabela 4).

TABELA 4: Caracterização sócio-demográfica dos MFPC (variáveis qualitativas)

		N (60)	%
Estado Civil	Casado/união de facto	50	83,3
	Solteiro	7	11,7
	Viúvo	3	5,0
Atividade Profissional	Desempregado	27	45,0
	Ativos	20	33,3
	Reformado	13	21,7
Coabitação com a Pessoa Dependente	Sim	57	95,0
	Não	3	5,0
Parentesco com a pessoa dependente	Marido/Esposa	24	40,0
	Pai/Mãe	1	1,7
	Filho/Filha	31	51,7
	Afinidade	3	5,0
	Outra	1	1,7

Relativamente às razões para assumir o papel de MFPC obtivemos uma panóplia de respostas, sendo importante salientar que as possibilidades de resposta não eram mutuamente exclusivas. No entanto, as mais frequentes foram o afeto pelo dependente (48; 80,0%), a coabitação (46; 76,7%), a disponibilidade (44; 73,3%) e o parentesco com o dependente (37; 61,7%) (tabela 5).

TABELA 5: Razões que levaram o MFPC a assumir o papel

	N (60)	%
Afeto pelo dependente	48	80,0
Coabitação	46	76,7
Disponibilidade	44	73,3
Parentesco com o dependente	37	61,7
Obrigação Moral	21	35,0
Laços de consanguinidade	14	23,3
Retribuição de apoio	14	23,3
Sexo	12	20,0
Exemplo a seguir pelos seus filhos	7	11,7
Princípios religiosos	5	8,3
Não havia mais ninguém	5	8,3
Solidariedade	4	6,7
Experiência	4	6,7
Expectativa de recompensa	3	5,0

Ao questionar cada MFPC sobre como define o que faz pela pessoa dependente, as respostas foram múltiplas, sendo digno de realce que o mesmo MFPC poderia enumerar vários aspetos. Face a isto, destacamos as três características mais referidas pelos MFPC, pelo que 44 (73,3%) referem fazê-lo por amor a quem cuidam, 24 (40%) por dedicação e 8 (13%) por sacrifício (tabela 6).

TABELA 6: Como define o MFPC a prestação de cuidados ao familiar dependente

	N (60)	%
Amor	44	73,3
Dedicação	24	40,0
Sacrifício	8	13,3
Outras razões	4	6,7

Dos 60 MFPC inquiridos, 40 partilham as tarefas/responsabilidades de tomar conta do familiar dependente com alguém. Destes 40 MFPC, 24 (60%) partilham as tarefas em simultâneo, 37 (92,5%) referem ter uma boa relação com quem partilham as tarefas e 32 (80,0%) encaram a partilha como um espírito de família (tabela 7).

TABELA 7: Caracterização da partilha de tarefas/responsabilidades da prestação de cuidados ao familiar dependente

		N (60)	%
Partilha de tarefas	Sim	40	66,7
	Não	20	33,3
		n (40)	%
Ocorrência da partilha	Em simultâneo	24	60,0
	Por períodos	16	40,0
Qualidade da relação de partilha	Boa	37	92,5
	Razoável	3	5,0
	Nem boa, nem má	1	2,5
Consideração da partilha	Espírito de família	32	80,0
	Ajuda sem compromisso	5	12,5
	Dever	3	7,5

A partilha de tarefas entre os 40 MFPC é efetuada atendendo, maioritariamente, à afinidade com o dependente (29; 72,5%). O agravamento do nível de dependência da

pessoa cuidada (15; 37,5%), o grau de parentesco (13; 32,5%) ou o tipo de tarefa (10; 25%), assim como outros critérios, também são enumerados como critérios de partilha de tarefas, sem do realçar que as respostas não são mutuamente exclusivas (tabela 8).

TABELA 8: Critérios de partilha de tarefas de prestação de cuidados ao familiar dependente

Critérios de divisão	n (40)	%
Afinidade com o dependente	29	72,5
Agravamento do nível de dependência	15	37,5
Grau de parentesco	13	32,5
Tipo de tarefa	10	25,0
Tempo	9	22,5
Facilidade em desempenhar as tarefas	7	17,5
Ocupação profissional	6	15,0
Proximidade	6	15,0
O dependente ficou mais confuso	4	10,0
Força física	4	10,0
Em função do sexo	2	5,0
Experiência	2	5,0

Do exposto, podemos concluir que os familiares cuidadores participantes neste estudo são mulheres, habitualmente esposas ou filhas adultas, que coabitam com a pessoa idosa dependente, com um nível de instrução baixo, desempregadas ou reformadas, indo de encontro ao tipo de amostra expressa em outros estudos relacionados com o MFPC (Schumacher, 2000; Schumacher, et al., 2006; Lage, 2007; Petronilho, 2007; Shyu, 2008; Andrade, 2009; Louro, 2009; Pereira, 2011).

Traçado o perfil do MFPC importa caracterizar os familiares com dependência.

3.4.1.2 Caracterização das pessoas com dependência

Relativamente à amostra de pessoas com dependência, é constituída por 41 mulheres e 19 homens, com idades compreendidas entre os 48 e os 94 anos, em que a média de idades ronda os 74,8 anos (tabela 9 e 10).

No último ano, em média, as pessoas dependentes estiveram internadas no hospital apenas uma vez mas recorreram ao serviço de urgência duas vezes. Todas as pessoas dependentes tomam medicação, consumindo, em média, cerca de oito fármacos diferentes por dia (tabela 9).

TABELA 9: Caracterização dos familiares dependentes (variáveis quantitativas)

	Idade (anos)	Escolaridade (anos)	Tempo de dependência (anos)	Internamentos último ano	Episódios de recurso ao SU no último ano	Variedade de fármacos
Média	74,8	1,9	3,0	1,0	2,0	7,6
Mediana	78,0	1,0	2,0	1,0	2,0	8,0
Moda	79,0	0	2,0	0	0	8,0
Desvio Padrão	10,6	2,2	6,3	1,2	1,7	2,7
Mínimo	48	0	0	0	0	2
Máximo	94	12,0	48,0	5	6	15,0

N = 60

A maioria dos familiares dependentes é do sexo feminino (41; 68,3%), casada (32; 53,3%), reformada (49; 81,7%) e com um baixo nível de escolaridade (tabela 9 e 10).

A instalação da dependência foi gradual (n=37, 61,7%) por uma situação de doença crónica (25; 41,7%), evidenciando necessidade de auxílio no autocuidado em média há cerca de 3 anos (tabela 9 e 10).

TABELA 10: Caracterização dos familiares dependentes (variáveis qualitativas)

		N (60)	%
Sexo	Masculino	19	31,7
	Feminino	41	68,3
Estado Civil	Solteiro	3	5,0
	Viúvo	25	46,7
	Casado/união de facto	32	53,3
Atividade Profissional	Ativos	5	8,3
	Desempregado	6	10,0
	Reformado	49	81,7
Situação que originou a dependência	Outra	4	6,7
	Envelhecimento	6	10,0
	Acidente	8	13,3
	Doença Aguda	17	28,3
	Doença Crónica	25	41,7
Instalação da dependência	Súbita	23	38,3
	Gradual	37	61,7

Relativamente à presença de compromisso ou complicações nos processos corporais, podemos afirmar que a maioria dos dependentes não apresentava sinais de desidratação ou malnutrição (59; 98,3%), no entanto realça-se os 19 (31,7%) familiares dependentes que apresentavam pele seca, os 4 (6,7) com magreza excessiva e os 12 (20%) com deglutição comprometida (tabela 11).

TABELA 11: Avaliação da condição de saúde do familiar dependente relativamente à hidratação e nutrição

		N(60)	%
Sinais aparentes de desidratação	Sim	1	1,7
	Não	59	98,3
Olhos encovados	Sim	2	3,3
	Não	58	96,7
Pele Seca	Sim	19	31,7
	Não	41	68,3
Mucosas Secas	Sim	4	6,7
	Não	56	93,9
Sinais aparentes de desnutrição	Sim	1	1,7
	Não	59	98,3
Magreza Excessiva	Sim	4	6,7
	Não	56	93,3
Deglutição comprometida	Sim	12	20
	Não	48	80

Considerando os 60 casos em análise, constatamos que 12 (20%) familiares dependentes apresentavam comprometimento articular e que apenas 1 (1,7%) evidenciava pé equino (tabela 12).

TABELA 12: Avaliação da condição de saúde do familiar dependente relativamente à mobilidade articular

		N(60)	%
Comprometimento da amplitude articular	Sim	12	20,0
	Não	48	80,0
Pé equino	Sim	1	1,7
	Não	59	96,3

Relativamente à integridade cutânea, é de realçar que 10 (16,7%) familiares dependentes apresentam comprometimento tegumentar (eritemas, escoriações, ...), mas apenas 6,7% (4) da amostra apresentava úlceras de pressão, encontrando-se as mesmas em tratamento pelas enfermeiras do centro de saúde (tabela 13).

TABELA 13: Avaliação da condição de saúde do familiar dependente: integridade cutânea

		N(60)	%
Pele comprometida	Sim	10	16,7
	Não	50	83,3
Úlcera de Pressão	Sim	4	6,7
	Não	56	93,3
Feridas não tratadas	Não	60	100
Eritema da Fralda	Sim	2	3,3
	Não	58	96,7

Os 60 familiares dependentes encontravam-se sempre muito bem arranjados, evidenciando cuidados de higiene adequados, com exceção de 3,3% (2) que demonstravam má higiene oral, secreções oculares e má condição de vestuário (tabela 14).

TABELA 14: Avaliação da condição de saúde do familiar dependente relativamente à higiene e ao asseio

		N(60)	%
Má condição de higiene e asseio	Não	60	100
Odores corporais	Não	60	100
Unhas sujas	Sim	1	1,7
	Não	59	98,3
Má higiene oral	Sim	2	3,3
	Não	58	96,7
Secreções oculares	Sim	2	3,3
	Não	58	96,7
Secreções auditivas	Não	60	100
Secreções nasais	Não	60	100
Sujidade corporal visível	Não	60	100
Má condição de vestuário	Sim	2	3,3
	Não	58	96,7
Roupa Suja	Sim	1	1,7
	Não	59	98,3
Roupa desabotoada	Sim	1	1,7
	Não	59	98,3
Roupa inadequada à temperatura ambiente	Não	60	100
Roupa inadequada à condição de dependência	Não	60	100
Roupa inadequada à condição antropométrica	Sim	1	1,7
	Não	59	98,3

Os familiares dependentes, em média, têm 7 dejeções por semana e não apresentaram quedas no último mês (tabela 15).

TABELA 15: Avaliação da condição de saúde do familiar dependente relativamente ao número de dejeções e quedas

	nº de dejeções por semana	nº de quedas no último mês
Média	7,55	0,33
Mediana	7,00	0,00
Moda	7	0
Desvio Padrão	4,511	0,655
Mínimo	1	0
Máximo	21	3

N = 60

Considerando a avaliação do compromisso mental dos familiares dependentes, podemos afirmar que a maioria sabe em que mês está (35; 58,3%), onde vive (43; 71,7%), repete três palavras seleccionadas (41; 68,3%), faz cálculos simples (37; 61,7%) e identifica objetos comuns (47; 78,3%), evidenciando, como tal um baixo compromisso do estado mental (tabela 16).

TABELA 16: Avaliação da condição da pessoa dependente relativamente ao compromisso mental

		N(60)	%
Sabe em que mês está?	Sim	35	58,3
	Não	25	41,7
Sabe em que terra vive?	Sim	43	71,7
	Não	17	28,3
Repete três palavras	Sim	41	68,3
	Não	19	31,7
Faz cálculos simples	Sim	37	61,7
	Não	23	38,3
Identifica objetos comuns	Sim	47	78,3
	Não	13	21,7

A descrição do nível de dependência nos diferentes domínios do autocuidado de familiares dependentes foi uma das variáveis que utilizamos neste estudo. Para este efeito, foi utilizado como instrumento de avaliação da dependência um instrumento desenvolvido na Escola Superior de Enfermagem do Porto e utilizado pela primeira vez por Duque no seu estudo (2009).

Para analisar o nível de dependência de cada participante, face a cada tipo de autocuidado, efectuamos uma análise do total de indicadores que compõem cada um dos domínios do autocuidado, considerando que cada indicador é avaliado atendendo a uma escala de Likert de 1 a 4, de acordo com a seguinte atribuição:

- “Dependente não participa” (*score 1*) – pessoa totalmente dependente, não sendo capaz de realizar a actividade em análise;
- “Necessita de ajuda de pessoa” (*score 2*) – pessoa cuidada realiza (inicia e / ou completa) a actividade em análise, necessariamente com ajuda de uma pessoa;

- “Necessita de equipamento” (score 3) – pessoa cuidada é capaz de realizar a actividade em análise, apenas com auxílio de equipamento adaptativo, não exigindo a colaboração de qualquer pessoa;
- “Completamente independente” (score 4) – pessoa cuidada sem qualquer tipo de dependência na realização da actividade em análise.

Para exemplificar e aumentar o potencial de compreensão sobre aquilo que contém cada uma das escalas que utilizamos, apresentamos os resultados específicos relativos ao tipo de autocuidado “Tomar banho”. Esta escala, orientada para a descrição da dependência do familiar no *Tomar banho*, comporta nove indicadores específicos, sendo cada caso classificado, em função do seu nível de dependência. Pelo que posteriormente será possível evoluir para um nível global de dependência em cada tipo de autocuidado (tabela 17).

TABELA 17: Caracterização do nível de dependência do familiar face ao Tomar banho (tabela explicativa do processo de computação dos níveis globais de dependência em cada domínio do autocuidado)

Tomar banho N=60	Dependente, não participa n (%)	Necessita de ajuda de pessoa n (%)	Necessita de equipamento n (%)	Completamente independente n (%)
Entra e sai do chuveiro	26 (43,3)	15 (25,0)	8 (13,3)	11 (18,3)
Obtém objectos para o banho	29 (48,3)	10 (16,7)	13 (21,7)	8 (13,3)
Consegue água	28 (46,7)	10 (16,7)	10 (16,7)	12 (20,0)
Abre a torneira	28 (46,7)	10 (16,7)	9 (15,0)	13 (21,7)
Regula a temperatura da água	28 (46,7)	10 (16,7)	8 (13,3)	14 (23,3)
Regula o fluxo da água	28 (46,7)	9 (15,0)	9 (15,0)	14 (23,3)
Lava-se no chuveiro	29 (48,3)	11 (18,3)	19 (31,7)	1 (1,7)
Lava o corpo	29 (48,3)	14 (23,3)	17 (28,3)	0 (0)
Seca o corpo	29 (48,3)	14 (23,3)	17 (28,3)	0 (0)
Tomar banho Global	25 (41,7)	19 (31,7)	16 (26,7)	0 (0)

A analisar os resultados dos indicadores da escala de dependência para *Tomar banho*, dos 60 casos de dependência avaliados, podemos afirmar que todos têm algum nível de dependência. Os dados disponíveis, para cada um dos itens, mostram que os familiares dependentes maioritariamente não participam, o que realça a quantidade significativa de recursos e equipamentos de apoio de que os MFPC necessitarão de mobilizar para dar resposta às necessidades dos seus familiares.

Após determinar a frequência com que ocorre cada indicador houve necessidade de generalizar o nível de dependência para um nível global, de cada caso, para cada tipo específico de autocuidado, considerando os itens “não nulos” ou “aplicáveis” a cada um dos casos, computando os indicadores e determinado, deste modo, o nível global de dependência tendo como linha condutora os seguintes pressupostos, alicados sequencialmente:

- Dependente, não participa – casos que obtiveram score 1 em todos os itens aplicáveis da escala;

- Completamente independente – casos que obtiveram score 4 em todos os itens aplicáveis da escala;
- Necessita de equipamento – casos que não foram categorizados de acordo com as alíneas anteriores; aqueles que só “Necessitam de equipamento”; ou seja, apresentam nos itens (aplicáveis) algum nível de dependência com *scores* > 2, podendo, em alguns dos itens, ter *score* 4.
- Necessita de ajuda de pessoa – os restantes casos que não responderam aos critérios anteriormente definidos serão incluídas nesta.

Atendendo a estes pressupostos, tornou-se possível calcular o nível global de dependência do familiar no tipo de autocuidado Tomar banho, numa escala ordinal. Deste modo, podemos patentear que 41,7% dos casos avaliados são completamente dependentes e que 31,7% da necessita de ajuda de pessoas, o que nos alerta para a significativa dependência da amostra neste tipo de autocuidado, o que corresponde a 73,4% dos casos.

Atendendo a todo este processo descrito foi-nos possível efetuar esta análise para todos os tipo de autocuidado (ANEXO III), sendo cada caso classificado em função do nível de dependência, o que nos permitiu evoluir para uma análise do nível geral (global) de dependência das pessoas cuidadas atendendo a cada autocuidado. A computação deste nível global de dependência atendeu aos mesmos princípios que atrás enunciámos.

Ao observar a tabela 18, é notória a elevada dependência (global) no autocuidado dos casos, uma vez que 9 casos (15,0%) são completamente dependentes (“Dependente não participa”) e que 51 (85,0%) são dependentes de outra pessoa (“Necessita de ajuda de pessoa”).

TABELA 18: Caracterização dos familiares dependentes, atendendo ao nível de dependência geral face a cada tipo de autocuidado

<i>Tipo de Autocuidado</i>	Dependente, não participa N (%)	Necessita de ajuda de pessoa N (%)	Necessita de equipamento N (%)	Completamente independente N (%)	Total N (%)
Tomar banho	25 (41,7)	19 (31,7)	16 (26,7)	0 (0)	60 (100)
Vestir-se e Despir-se	20 (33,3)	28 (46,7)	5 (8,3)	7 (11,7)	60 (100)
Alimentar-se	15 (25,0)	42 (70,0)	2 (3,3)	1 (1,7)	60 (100)
Arranjar-se	29 (48,3)	19 (31,7)	0 (0)	12 (20,0)	60 (100)
Cuidar da higiene pessoal	23 (38,3)	24 (40,0)	5 (8,3)	8 (13,3)	60 (100)
Elevar-se	18 (30,0)	17 (28,3)	7 (11,7)	18 (30,0)	60 (100)
Usar o sanitário	18 (30,0)	20 (33,3)	8 (13,3)	14 (23,3)	60 (100)
Transferir-se	18 (30,0)	18 (30,0)	1 (1,7)	23 (38,3)	60 (100)
Virar-se	24 (40,0)	5 (8,3)	6 (10,0)	25 (41,7)	60 (100)
Usar a cadeira de rodas	3 (37,5)	4 (50,0)	1 (12,5)	0 (0)	8 (100)
Andar	14 (23,3)	21 (35,0)	12 (20,0)	13 (21,7)	60 (100)
Nível de dependência Global	9 (15,0)	51 (85,0)	0 (0)	0 (0)	60 (100)

Ao questionar o MFPC sobre a sua percepção ou opinião da condição de dependência do familiar, tomando como referência, a dependência antes do internamento

e o estado atual, 50,0% referem que se encontra igual, todavia cerca de 36,7% dos MFPC referem que o seu familiar se encontra mais dependente (Tabela 19). Ou seja, a grande maioria dos familiares com dependência, cerca de 1 semana após o episódio de internamento, em termos de dependência no autocuidado, está igual ou pior à sua condição anterior àquele internamento. Globalmente, apenas em 8 casos a opinião dos MFPC apontam para uma situação de melhoria da condição de dependência do seu familiar

TABELA 19: Opinião do MFPC acerca do *status* de dependência do familiar, por tipo de autocuidado, após o episódio de internamento hospitalar

Tipo de Autocuidado	Percepção do MFPC			Total N (%)
	Pior n (%)	Igual n (%)	Melhor n (%)	
Tomar Banho	20 (33,3)	30 (50,0)	10 (16,7)	60 (100)
Vestir e Despir-se	23 (38,3)	27 (45,0)	10 (16,7)	60 (100)
Alimentar-se	17 (28,3)	34 (56,7)	9 (15,0)	60 (100)
Arranjar-se	19 (31,7)	38 (63,3)	3 (5,0)	60 (100)
Higiene Pessoal	21 (35,0)	34 (56,7)	5 (8,3)	60 (100)
Auto elevar	20 (33,3)	37 (61,7)	3 (5)	60 (100)
Uso de sanitário	19 (31,7)	36 (60,0)	5 (8,3)	60 (100)
Transferir-se	19 (31,7)	34 (56,7)	7 (11,7)	60 (100)
Virar-se	18 (30,0)	34 (56,7)	8 (13,3)	60 (100)
Uso da cadeira de rodas	5 (62,5)	2 (25,0)	1 (12,5)	8 (100)
Percepção Geral	22 (36,7)	30 (50,0)	8 (13,3)	60 (100)

Em suma, na nossa amostra, os familiares com dependência, têm cerca de 74 anos, são maioritariamente mulheres, casadas ou viúvas, reformadas, possuem baixa escolaridade e apresentam um nível global de dependência no autocuidado que é significativo. A condição de dependência foi-se instalando de forma gradual. Estes resultados são consonantes com os achados dos estudos disponíveis (Brito, 2000; Lage, 2007; Petronilho, 2007; Shyu, 2008; Louro, 2009; Andrade, 2009).

3.5 Procedimento de recolha de dados

No contexto deste estudo, a recolha de dados foi efetuada entre Janeiro e Abril de 2011 aos membros de família prestadores de cuidados nas suas residências, após a alta da pessoa dependente do departamento de Medicina, com base na utilização de um formulário.

Este contacto, posterior à alta, foi possível graças à colaboração da equipa de enfermagem do serviço onde a pessoa dependente esteve internada, uma vez que foram os enfermeiros do serviço de internamento a questionar o MFPC, durante o período de internamento, sobre a sua disponibilidade para participar neste estudo de investigação.

Para otimizar todo este processo de referenciação, elaborou-se previamente um documento com uma breve explicação, sobre o estudo, para todas as equipas de enfermagem do departamento de Medicina, assim como um quadro para o registo do nome e do contacto dos MFPC (Anexo IV).

Após concordância dos MFPC e do familiar com dependência (quando adequado), as equipas de enfermagem forneciam-nos os contactos e os respetivos nomes dos prestadores de cuidados. Posteriormente, era efetuado um contacto telefónico com os membros da família prestadores de cuidados, com o intuito de indagar se lhes tinha sido explicado o teor do nosso contacto e se assentiam a um contacto direto. Se existisse uma anuência, era-nos fornecida a morada e agendado um dia e uma hora, atendendo à disponibilidade dos inquiridos, na residência dos mesmos, com a intenção de causar o mínimo de constrangimentos.

3.6 Instrumento de recolha de dados

Atendendo aos objetivos deste estudo, selecionou-se o formulário como o método de colheita de dados, uma vez que o investigador colhe pessoalmente os dados, através de uma série de perguntas organizadas e respostas pré-definidas.

O núcleo do formulário utilizado (naquilo que se reporta à avaliação da percepção da autoeficácia dos MFPC) resultou de um instrumento de colheita de dados desenvolvido na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), devidamente autorizada a sua utilização (Anexo V e VI), direcionado às famílias que integram dependentes no autocuidado, no qual constam duas escalas, a escala de avaliação do autocuidado da pessoa dependente e a de avaliação da percepção da autoeficácia do prestador de cuidados.

O nosso formulário (Anexo VII) encontra-se dividido em quatro partes, na primeira parte efetua-se uma caracterização do MFPC, numa segunda parte realiza-se a caracterização do familiar dependente, na terceira parte avalia-se a dependência para o autocuidado da pessoa cuidada e a percepção da autoeficácia do MFPC, e por fim na quarta parte é feita uma avaliação da condição de saúde do familiar dependente, em termos de compromissos dos “processos corporais” (ICN, 2011) (Anexo VII).

O método de colheita de dados ideal oferece indicadores exatos, válidos e imparciais dos constructos. No entanto, poucos procedimentos de colheita de dados

correspondem a este ideal (Polit, et al., 2004), devendo o investigador “assegurar-se que o instrumento oferece uma suficiente fidelidade e validade” (Fortin, 2009: 369).

3.6.1 Fidelidade e validade dos instrumentos de recolha de dados

A fidelidade, sendo uma propriedade essencial dos instrumentos de medida, designa a precisão e a constância dos resultados que eles fornecem. Uma escala de medida é fiável quando obtém em situações idênticas, resultados similares. Todas as técnicas de medida contêm uma parte de erro resultante do acaso, tornando a fidelidade suscetível de variabilidade.

O grau de fidelidade expressa-se sob forma de um coeficiente de correlação, assumindo valores de 0,00 (ausência de correlação) a 1,00 (correlação perfeita). Segundo autores como Nunally (1967), Steiner e Normand (1991), o valor do coeficiente de fidelidade deverá situar-se entre 0,70 e 0,90 (Fortin, 2009).

Fortin (2009) e Polit e colaboradores (2004) referem que a fidelidade pode ser estimada pela estabilidade, consistência interna e pela equivalência. No entanto, considerando que o estudo em causa representa um corte temporal transversal, apenas se irá recorrer à avaliação da consistência interna, através do Alfa de Cronbach, que é uma “técnica correntemente utilizada para apreciar o grau de consistência interna de um instrumento de medida” (Fortin, 2009: 350), quando existe uma panóplia de opções, como numa escala de Likert. Sendo de realçar que se procedeu-se à análise da consistência interna para cada um dos autocuidados estudados, escala a escala e de forma independente, avaliando todos os casos excluindo aqueles em que algum dos itens da escala não se encontrava preenchido.

O valor do coeficiente do Alfa de Cronbach pode variar entre 0 e 1, sendo que, quanto mais perto de 1 melhor é a sua classificação; ou seja, maior será a consistência interna do instrumento (Fortin, 2009; Polit, et al., 2004). Ribeiro (2010) declara que uma boa consistência deve exceder um alfa de 0,80, em contrapartida valores acima de 0,60 já são considerados aceitáveis.

Relativamente à fidelidade do instrumento (respetivas escalas) utilizado para avaliar a dependência nos diferentes domínios do autocuidado, é admissível afirmar-se que as escalas são fiáveis, tal como o estudo de Duque (2009) já o tinha demonstrado (tabela 20).

TABELA 20: Alfa de Cronbach das (sub) escalas de avaliação da dependência no autocuidado

Escala de Autocuidado	Nº de itens	α de Cronbach
Tomar banho	9	0,989
Vestir-se e despir-se	15	0,984
Alimentar-se	11	0,979
Arranjar-se	3*	0,970
Cuidar da higiene pessoal	6	0,972
Uso do sanitário	6	0,988
Transferir-se	2	1,000*
Usar cadeira de rodas	3	0,973
Andar	7	0,993

No particular da escala de avaliação da dependência no “Arranjar-se”, para efeitos da computação da estatística Alfa de Cronbach, foram removidos os itens: “Barbeia-se” e “Aplica maquilhagem” – na medida em que são aspetos que só são “adequados”, em função do sexo do cliente avaliado. Como é óbvio, a sua incorporação no processo de análise limitava a casuística da mesma (Anexo IX e X).

Importa considerar que a avaliação da dependência no “Elevar-se” e no “Virar-se” ou posicionar-se, aspetos ou domínios do autocuidado que foram avaliados no nosso estudo só se concretizam através de um item / indicador (Anexo VII), pelo que a estatística Alfa de Cronbach não foi computada. No que se reporta, à avaliação da dependência no “Transferir-se”, esta concretiza-se através de, apenas, dois (2) itens – transfere-se da cama para a cadeira e transfere-se da cadeira para a cama – o que justifica a “redundância” entre os mesmos, facto que concorre para um valor de alfa de Cronbach de “1”. Em rigor, os dois itens, de facto, indicam e avaliam a mesma coisa, o que resulta num valor de correlação entre eles de “1”, na matriz de correlação “entre itens”. (Anexo IX)

Apesar de termos avaliado a percepção da autoeficácia dos MFPC relativamente à administração da medicação ao familiar dependente, não utilizámos nenhuma estratégia de avaliação da dependência neste domínio. Com efeito, como fica claro ao longo deste estudo, as pessoas com dependência tomavam um número significativo de fármacos por dia e eram, globalmente, pessoas com elevados níveis de dependência no autocuidado; razão que justificou a avaliação da percepção da autoeficácia dos MFPC.

Relativamente, às escalas de avaliação da percepção da autoeficácia do membro da família prestador de cuidados, os valores de alfa de Cronbach apurados, apesar da dimensão da nossa amostra, também sugerem a precisão das medidas (tabela 21).

TABELA 21: Alfa de Cronbach das (sub) escalas de avaliação da Percepção da Autoeficácia dos MFPC

Escala de PAE	Nº de itens	α de Cronbach
Tomar banho	15*	0,969
Vestir-se e despir-se	10	0,955
Alimentar-se	15	0,976
Uso do sanitário	14*	0,974
Transferir-se	10	0,962
Virar-se	16	0,977
Andar	10	0,959
Tomar medicação	14	0,957

Na computação da estatística alfa de *Cronbach*, para cada uma das (sub) escalas foram, pontualmente, removidos os itens que, pela sua natureza própria e / ou casuística, pudessem limitar a análise. Assim, na escala de avaliação da PAE do MFPC face à dependência do seu familiar para “tomar banho” foi removido o item “...*Barbear o seu familiar*”; e na escala relativa à PAE do MFPC face à dependência do familiar no “uso do sanitário” foi removido o item: “*Trocar o coletor urinário ao seu familiar*”. No anexo X são apresentados os resultados da análise da fidelidade de cada uma das (sub) escalas de avaliação da PAE dos MFPC face à dependência do seu familiar.

Urge salientar que, apesar de termos avaliado a dependência dos familiares em domínios como o “Arranjar-se” e o “Cuidar a higiene pessoal”, não avalíamos a percepção da autoeficácia dos MFPC, face a estes aspetos em concreto. Esta opção, em linha com os instrumentos desenvolvidos na ESEP, radica no facto de, em rigor, a avaliação da PAE face aqueles domínios estar “plasmada” na avaliação da PAE face à dependência no “Tomar banho”. Por outro lado, não nos pareceu necessário avaliar a PAE dos MFPC face à dependência no “Elevar-se”, na medida em que é um aspeto que se liga, na substância, à dependência no “Transferir-se”. Em relação ao “Usar a cadeira de rodas”, também foi entendimento do grupo que desenvolveu os instrumentos de avaliação da PAE dos MFPC que “não fazia sentido” avaliar este domínio. Pelo exposto, ficam mais claras as razões que justificam a ausência de instrumentos de avaliação da PAE dos MFPC face ao “Arranjar-se”, “Cuidar da higiene pessoal” e “Elevar-se”; aspetos em que procedemos à avaliação do tipo e nível de dependência.

Outro aspeto fundamental na avaliação da robustez dos instrumentos de colheita de dados é a sua validade. Esta diz respeito ao rigor com que o instrumento mede o que supostamente deve medir, e encontra-se alicerçada em três pontos basilares: validade de conteúdo, validade de critério e validade constructo. Polit e colaboradores (2004) e Ribeiro (2010) são perentórios ao declarar que a validade não se refere ao instrumento propriamente dito, mas às inferências e as conclusões que dele resultam.

As escalas de avaliação do tipo e dependência nos vários domínios do autocuidado, foram desenvolvidas na ESEP e alicerçam-se, no plano dos conteúdos, em itens baseados na Classificação dos Resultados em Enfermagem, descrita por Johnson e colaboradores (2008), e em conceitos abundantemente explanados e estudados na área da Enfermagem, dotando-se de uma estrutura sólida, extensa e, conseqüentemente, com validade (de conteúdo). Fortin (2009) atesta que a validade de um instrumento pode igualmente ser fortificada por um processo de revisão / concordância de peritos. Na realidade, podemos afirmar que o grupo de investigação da ESEP, atendendo ao trabalho metodológico que

desenvolve e à familiarização com as investigações na área da saúde, pode ser encarado como um painel de peritos do domínio.

No que respeita às (sub) escalas de avaliação da PAE dos MFPC, também desenvolvidas na ESEP, no âmbito de um projeto de investigação coordenado pelos Professores Abel Paiva e Silva e Paulo Parente, resultam de uma matriz estrutural que, em função dos vários domínios do autocuidado e, com base nos trabalhos de Schumacher e colaboradores (2000), se orienta para os principais indicadores de competência dos MFPC. Os conteúdos de cada uma das (sub) escalas de avaliação da PAE, com base nos pressupostos teóricos a que nos referimos, são, também, o produto do trabalho de um conjunto de cerca de 14 investigadores em enfermagem, coordenados por aqueles dois professores da ESEP; facto que também concorre para validade (de conteúdo) dos itens identificados e definidos.

Como vimos na delimitação da problemática, os trabalhos de Schumacher e colaboradores (2000; 2006) são essenciais para a abordagem ao fenómeno da competência dos MFPC. Este referencial, para o conjunto de investigadores coordenados pelos Professores Abel Silva e Paulo Parente, esteve na base da construção e, essencialmente, definição do conjunto de itens necessários à avaliação da PAE dos MFPC, face à dependência em cada um dos domínios do autocuidado, experimentada pelo familiar cuidado.

O grupo de investigadores que tem estado envolvido no desenvolvimento e utilização da avaliação da PAE dos MFPC, face à dependência do familiar cuidado, optou por uma estrutura matricial para definir os conteúdos específicos necessários à avaliação da PAE dos MFPC, face a cada domínio ou área do autocuidado. Assim, tendo presente os nove (9) domínios / processos de competência definidos por Schumacher e colaboradores (2000) – *monitorizar; interpretar; decidir; agir; ajustar; aceder; providenciar cuidado; trabalhar com a pessoa dependente; e negociar* -, o grupo evoluiu na definição dos itens ou indicadores específicos e necessários à avaliação da PAE dos MFPC.

Na tabela seguinte (tabela 22) são apresentados os itens específicos para a avaliação da PAE dos MFPC face à dependência do seu familiar para “tomar banho”. Importa, todavia, salientar que ao longo dos meses de trabalho, os investigadores envolvidos entenderam que os itens relativos aos domínios “*monitorizar*” e “*interpretar*” estavam muito associados, razão pela qual os agregaram.

TABELA 22: Exemplo de estrutura matricial para definir os conteúdos específicos necessários à avaliação da PAE dos MFPC, face à dependência do familiar para Tomar Banho

<i>Itens associados à PAE do MFPC, face à dependência do familiar no Tomar Banho</i>	Domínio de competência (adapt. de Schumacher et al, 2000)
Perceber a necessidade de cuidados de higiene do seu familiar	Monitorizar / Interpretar
Determinar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar	Decidir
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para os cuidados de higiene	Agir
Modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar	Ajustar
Escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao seu familiar	Aceder
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho	Aceder
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações para tomar banho	Aceder
Dar banho ao seu familiar	Providenciar Cuidados
Pentear o cabelo ao seu familiar	Providenciar Cuidados
Lavar os dentes ao seu familiar	Providenciar Cuidados
Cortar as unhas ao seu familiar	Providenciar Cuidados
Barbear o seu familiar	Providenciar Cuidados
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene	Trabalhar com a pessoa dependente
Incentivar o seu familiar a participar nos cuidados de higiene	Trabalhar com a pessoa dependente
Avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais da saúde	Negociar
Negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados pelos profissionais	Negociar

Em linha com aquilo que fica expresso na tabela anterior, podemos dizer que existe um conjunto característico de itens relativos à PAE dos MFPC, que podem ser associados aos domínios de competência definidos por Schumacher e colaboradores (2000). Assim:

- **Monitorizar / Interpretar:** enunciados do tipo – “*perceber a necessidade...*”, “*perceber se...*”, “*detetar...*” e “*supervisionar...*”.
- **Decidir:** enunciados do tipo – “*determinar o horário...*”, “*definir o que fazer...*” e “*escolher... (aspetos que não sejam relativos a equipamentos)*”.
- **Agir:** enunciados do tipo – “*cumprir...*”.
- **Ajustar:** enunciados do tipo – “*modificar...*”, “*alterar...*”.
- **Aceder a recursos:** enunciados do tipo – “*escolher equipamentos...*”, “*garantir a ajuda...*”.
- **Providenciar cuidados:** enunciados que reflitam ações do tipo executar (*dar banho; posicionar; alimentar; transferir...*).
- **Trabalhar com a pessoa dependente:** enunciados do tipo – “*promover a participação do seu familiar...*”, “*incentivar o seu familiar...*”.
- **Negociar com o sistema de saúde:** enunciados do tipo – “*avaliar a qualidade dos cuidados prestados...*”, “*negociar alterações aos cuidados...*”.

Em suma, por tudo aquilo que foi exposto, assumimos que os instrumentos de avaliação da dependência no autocuidado e da PAE dos MFPC que utilizámos são válidos e precisos.

3.7 Estratégias de análise dos dados

Para analisar os dados recorreu-se a procedimentos de análise estatística descritiva e inferencial, uma vez que “sem a estatística, os dados quantitativos seriam uma massa caótica de números” (Polit, et al., 2004: 312).

A estatística descritiva foi usada porque é útil para descrever e resumir dados; mas numa investigação faz-se mais do que simplesmente descrever, recorrendo-se para isso à estatística inferencial, que irá proporcionar os meios para que sejam aferidas conclusões sobre uma população (Polit, et al., 2004). Para facilitar todo o tratamento estatístico dos dados utilizou-se o programa informático SPSS 19.0®.

Para o estudo das variáveis e alcance dos objetivos pretendidos, recorreremos à análise de medidas de tendência central (média, mediana, moda), não central (percentis) e de dispersão (desvio padrão). Dada a natureza da amostra (não probabilística), para efeitos de inferência estatística recorreu-se a testes não paramétricos, selecionados em função das variáveis e objetivos.

No particular da avaliação da percepção de autoeficácia dos MFPC, como vimos, foi avaliada segundo uma escala de Likert de 4 pontos, em que 1 é “incompetente”, 2 “pouco competente”, 3 “medianamente competente” e 4 “muito competente”. Assim, para efetuar a análise estatística procedemos, numa primeira fase, à computação (para cada uma das sub-escalas da PAE) de um score (médio) quantitativo, para cada um dos casos em estudo. Este score médio resultou do cálculo da média ignorando os nulos, dos itens de cada uma das subescalas de PAE. Na tabela 23 damos o exemplo da forma de computar a PAE de um MFPC, face à dependência no Tomar banho do seu familiar.

O score médio de 3,4 aponta para um MFPC que, face à dependência do seu familiar para tomar banho, se percebe com “muito competente”. Na posse deste score médio (para cada caso), evoluímos na definição de uma estratégia para “voltar” a falar em níveis globais de PAE numa lógica de escalas ordinais. Assim, com base em quatro intervalos equidistantes, definimos que os scores médios entre 1 (valor mínimo) e 1,75 (1+0,75) inclusive corresponderiam à ordem “incompetente”; de 1,75 a 2,5 inclusive corresponderiam ao nível “pouco competente”; de 2,5 a 3,25 inclusive teríamos o nível “medianamente competente”; e de 3,25 a 4 (valor máximo) o nível “muito competente”.

TABELA 23: Exemplo da estratégia de computação da PAE Global de um MFPC, face à dependência do seu familiar para Tomar banho

<i>PAE do MFPC face à dependência do familiar para Tomar Banho</i>	<i>O MFPC para ... sente-se:</i>	<i>Escala Likert</i>
Perceber a necessidade de cuidados de higiene do seu familiar	Muito competente	4
Determinar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar	Muito competente	4
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para os cuidados de higiene	Medianamente competente	3
Modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar	Pouco competente	2
Escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao seu familiar	Muito competente	4
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho	Muito Competente	4
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações para tomar banho	Muito competente	4
Dar banho ao seu familiar	Muito competente	4
Pentear o cabelo ao seu familiar	Medianamente Competente	3
Lavar os dentes ao seu familiar	Muito competente	4
Cortar as unhas ao seu familiar	Medianamente competente	3
Barbear o seu familiar	Não responde	
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene	Medianamente Competente	3
Incentivar o seu familiar a participar nos cuidados de higiene	Medianamente competente	3
Avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais da saúde	Pouco Competente	2
Negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados pelos profissionais	Muito competente	4
PAE GLOBAL DO MFPC FACE À DEPENDÊNCIA DO FAMILIAR PARA TOMAR BANHO	(4+4+3+2+4+4+4+4+3+4+3+3+3+2+4)/15 = 3,4	

É certo que um MFPC que, por exemplo, relativamente à percepção da sua eficácia para assistir o familiar dependente no autocuidado tomar banho tenha um score de 1,5 não é, em rigor, “incompetente”. Neste sentido, temos quatro níveis globais de percepção de autoeficácia, que nos permitem ter uma noção global da avaliação feita pelos MFPC, no entanto esta avaliação perde algum “rigor” ou pormenor, facto de que temos consciência. Em função do exposto, podemos afirmar, com base no exemplo apresentado na tabela anterior, que aquele MFPC, para assistir o seu familiar dependente no tomar banho, é “Muito competente”.

3.8 Considerações éticas

Na investigação, os aspetos éticos assumem um papel fundamental, uma vez que sem estes toda a investigação poderá ser colocada em causa (Ribeiro, 2010).

Numa grande parte das disciplinas científicas, a investigação envolve um ou outro aspeto da atividade humana: comportamentos ou estado de saúde dos indivíduos de todas as idades, modos de vida das famílias, grupos e comunidades, prestação de cuidados, etc. Quaisquer que sejam os aspetos estudados, a investigação deve ser suportada no respeito dos direitos da pessoa. As decisões conformes à ética são as que fundamentam sobre os princípios do respeito pela pessoa e pela beneficência (Fortin, 2009: 180).

Procurando regulamentar a investigação junto dos seres humanos, foram sendo instaurados códigos à escala nacional e internacional, tendo sido formulados sete princípios éticos em torno do respeito pela dignidade humana. Os princípios éticos são: 1) respeito pelo consentimento livre e esclarecido; 2) respeito pelos grupos vulneráveis; 3) respeito pela vida privada e pela confidencialidade; 4) respeito pela justiça e equidade; 5) equilíbrio entre vantagens e inconvenientes; 6) redução dos inconvenientes; e 7) otimização das vantagens (Fortin, 2009).

Respeitando as considerações éticas, para a realização deste trabalho, foi obtida autorização do Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa - Unidade Padre Américo (Anexo VIII) para contactar os “potenciais casos”, e elaborado um consentimento para os participantes (Anexo XI) de modo a que tivessem informações adequadas em relação ao estudo, compreendessem que a informação fornecida era confidencial e que tinham o poder livre de escolha, podendo assim optar por aceitar ou declinar a participação no estudo (Fortin, 2009) em qualquer momento.

Durante todo o processo de investigação, o respeito pela dignidade e o direito de escolha das pessoas foi considerado, uma vez que em todos os casos, após o consentimento expresso aos profissionais de saúde da unidade de internamento para participação no estudo, foi efetuado um contacto telefónico prévio explicando a natureza do estudo e os objetivos do estudo de modo a verificar a disponibilidade e interesse dos inquiridos em participar. Após a aquiescência dos mesmos, foi marcado um dia e hora para a colheita de dados. No entanto, antes da aplicação do formulário, era solicitado que o inquirido assinasse o consentimento para o estudo, frisando sempre que a participação seria da livre escolha do MFPC, podendo abandonar o estudo se e quando o entendesse.

Ao efetuar a recolha de dados denotou-se que alguns dos inquiridos demonstravam alguma apreensão por serem questionados pessoalmente pelo investigador (identificado como enfermeiro), pelo que acreditamos que possam ter “hiperbolizado” as respostas, numa tentativa de autoproteção, uma vez que temiam um possível julgamento do tipo de condições ou cuidados que ofereciam à pessoa dependente, o que nos despertou para o conceito de desejabilidade social.

Desejabilidade social corresponde à propensão para transmitir uma imagem culturalmente aceitável e de acordo com as normas sociais, procurando aprovação e evitando a crítica. Este desejo de aceitação social por sua vez pode enviesar os dados em investigações, uma vez que um sujeito com elevada desejabilidade social terá maior tendência para fornecer respostas que considere serem bem aceites pela sociedade

independentemente de serem ou não verdadeiras, negando associação pessoal a opiniões ou comportamentos socialmente desaprovados (Poínhos, et al., 2008).

Considerando todo o processo de investigação, julgamos ter cumprido os pressupostos éticos relativos à investigação e prestados todos os esclarecimentos, para que os participantes pudessem tomar uma decisão livre e informada de participação no estudo.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A análise dos dados da investigação proporciona os resultados do estudo; posteriormente esses resultados necessitam de ser analisados e discutidos, sendo isto o desafio de qualquer investigação (Polit, et al., 2004).

Atendendo aos propósitos do presente estudo, os dados serão apresentados e discutidos em três subcapítulos para facilitar a compreensão dos mesmos. Neste sentido, num primeiro momento será abordada a Percepção de Autoeficácia (PAE) dos MFPC face a cada domínio do autocuidado; posteriormente irão ser analisados os níveis globais de PAE, numa lógica de tentar perceber quais são os (eventuais) domínios para onde poderá ser mais prioritário conduzir as estratégias terapêuticas de enfermagem. Por último, serão exploradas algumas associações entre a PAE do MFPC e as suas principais características (atributos) e alguns dos aspetos relativos ao familiar dependente.

4.1 Percepção da Autoeficácia dos Membros da Família Prestadores de Cuidados face à dependência do familiar nos vários domínios do autocuidado

Neste ponto analisar-se-á a percepção da autoeficácia dos MFPC considerando cada um dos domínios do autocuidado estudados (*tomar banho, vestir-se e despir-se, alimentar-se, uso de sanitário, transferir-se, virar-se, andar e tomar medicação*).

4.1.1 Face à dependência do familiar para “Tomar banho”

Ao considerarmos a percepção de autoeficácia dos MFPC face à dependência do familiar para “Tomar banho”, constatamos que na sua maioria os MFPC sentem-se medianamente competentes.

Analisando os dados relativos aos diferentes itens, verificamos que existe uma proximidade muito grande entre a avaliação medianamente competente e muito competente. Como tal, ao analisar a tabela 24, podemos afirmar que da totalidade dos MFPC, 53,3% sentem-se medianamente competentes, 41,7% muito competentes e apenas 5,0% pouco competentes, no que concerne ao autocuidado tomar banho.

TABELA 24: Percepção de Autoeficácia do MFPC face à dependência do familiar para Tomar Banho

PAE do MFPC face à dependência do familiar para Tomar banho – Itens em análise	Incompetente n (%)	Pouco competente n (%)	Medianamente competente n (%)	Muito competente n (%)	Total N (%)
Perceber a necessidade de cuidados de higiene do seu familiar.	0 (0)	4 (6,7)	30 (50,0)	26 (43,3)	60 (100)
Determinar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar.	0 (0)	4 (6,7)	36 (60,0)	20 (33,3)	60 (100)
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecido para os cuidados de higiene.	0 (0)	3 (5,0)	34 (56,7)	23 (38,3)	60 (100)
Modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar.	0 (0)	3 (5,0)	38 (63,3)	19 (31,7)	60 (100)
Escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao seu familiar.	0 (0)	7 (11,7)	33 (55,0)	20 (33,3)	60 (100)
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho.	0 (0)	0 (0)	20 (33,3)	40 (66,7)	60 (100)
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações para tomar banho.	0 (0)	1 (1,6)	19 (31,7)	40 (66,7)	60 (100)
Dar banho ao seu familiar.	0 (0)	11 (18,3)	24 (40,0)	25 (41,7)	60 (100)
Pentear o cabelo ao seu familiar.	0 (0)	11 (18,3)	25 (41,7)	24 (40,0)	60 (100)
Lavar os dentes ao seu familiar.	0 (0)	10 (16,7)	26 (43,3)	24 (40,0)	60 (100)
Cortar as unhas ao seu familiar.	0 (0)	11 (18,3)	26 (43,3)	23 (38,3)	60 (100)
Barbear o seu familiar.	1 (5,2)	1 (5,3)	11 (57,9)	6 (31,6)	60 (100)
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene.	0 (0)	4 (6,7)	33 (55,0)	23 (38,3)	60 (100)
Incentivar o seu familiar a participar nos cuidados de higiene.	0 (0)	2 (3,3)	36 (60,0)	22 (36,7)	60 (100)
Avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais da saúde.	0 (0)	2 (3,3)	32 (53,3)	26 (43,3)	60 (100)
Negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados pelos profissionais.	0 (0)	2 (3,3)	36 (60,0)	22 (36,7)	60 (100)
PERCEPÇÃO (GLOBAL) DA AUTO-EFICÁCIA DO MFPC FACE À DEPENDÊNCIA NO TOMAR BANHO	0 (0)	3 (5,0)	32 (53,3)	25 (41,7)	60 (100)

Analisando indicador por indicador, verificámos que os itens em que os MFPC que se sentiam menos competentes eram no “dar banho ao seu familiar”, no “pentear o cabelo do seu familiar” e no “cortar as unhas do seu familiar” com 18,3% (11) e no “lavar os dentes do seu familiar” com 16,7% (10). Em contrapartida, é nos indicadores - “garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho” e “garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações” – que os MFPC sentem-se mais competentes.

Ao analisar estes resultados à luz dos principais domínios de competência definidos por Schumacher e colaboradores (2000), é perceptível que os dois indicadores em que os MFPC se sentem mais competentes dizem respeito à *acessibilidade a recursos*, enquanto os quatro indicadores em que os MFPC se sentem menos competentes dizem respeito ao processo *providenciar cuidados*.

Andrade (2009), no seu estudo sobre o cuidado informal à pessoa idosa dependente em contexto domiciliário, no que concerne às necessidades educativas do cuidador principal, refere que a maioria dos MFPC revelou dificuldade em satisfazer as necessidades físicas dos seus familiares, nomeadamente na higiene.

Face a isto, e atendendo aos dados que obtivemos, inferimos que pode ser nestes indicadores que os cuidados de enfermagem podem colocar o foco no desenvolvimento de competências dos MFPC. Importa fornecer uma preparação adequada, recorrendo para isso a ações que potenciem a PAE; que são elas experiências repetidas de sucesso e observação, já descritas como fontes principais de influência da PAE por Bandura (1994, 1997).

4.1.2 Face à dependência do familiar para “Vestir-se e Despir-se”

Relativamente à PAE do MFPC para assistir a pessoa dependente no autocuidado “vestir-se e despir-se” constatamos que todos os MFPC se sentem medianamente competentes ou muito competentes; isto em função dos valores globais de PAE dos MFPC, face à dependência do seu familiar neste domínio do autocuidado.

Os indicadores em que os MFPC se sentem menos competentes são: *“Alterar o vestuário do seu familiar, relativamente àquilo que é habitual (p. ex. em função da temperatura ambiente)”* e *“Escolher equipamentos adaptativos para vestir o seu familiar”*. Estes dois indicadores podem ser entendidos como aspetos inscritos na competência dos MFPC para proceder a ajustes e tomarem decisões relativas à mobilização de estratégias adaptativas (tabela 25).

A necessidade de efetuar ajustes diz respeito a um processo progressivo de redefinir a prestação de cuidados, até se encontrar uma estratégia que se adegue a ambas as partes. Este processo é dinâmico, uma vez que uma estratégia adequada inicialmente, pode deixar de ser funcional perante uma alteração na dinâmica de prestação de cuidados e da própria condição do familiar dependente, pelo que o prestador de cuidados deverá desenvolver a sua capacidade de decisão alicerçada na monitorização da situação em que se encontra o familiar dependente, considerando sempre as possíveis consequências que poderão advir da sua decisão (Schumacher, et al., 2000).

TABELA 25: Percepção de Autoeficácia do MFPC face à dependência do familiar para Vestir-se e despir-se

<i>PAE do MFPC face à dependência do familiar para Vestir-se e despir-se – Itens em análise</i>	Incompetente n (%)	Pouco competente n (%)	Mediamente competente n (%)	Muito competente n (%)	Total N (&)
Perceber se a roupa/calçado do seu familiar estão adequados à temperatura ambiente.	0 (0)	2 (3,3)	35 (58,3)	23 (38,3)	60 (100)
Perceber se a roupa/calçado do seu familiar estão adequados ao seu tamanho.	0 (0)	2 (3,3)	35 (58,3)	23 (38,3)	60 (100)
Escolher o vestuário do seu familiar.	0 (0)	4 (6,7)	30 (50,0)	26 (43,3)	60 (100)
Alterar o vestuário do seu familiar, relativamente àquilo que é habitual (p. ex. em função da temperatura ambiente).	0 (0)	11 (18,3)	25 (41,7)	24 (40,0)	60 (100)
Escolher equipamentos adaptativos para vestir o seu familiar.	0 (0)	7 (11,7)	29 (48,3)	24 (40,0)	60 (100)
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir.	0 (0)	3 (5,0)	27 (45,0)	30 (50,0)	60 (100)
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir.	0 (0)	0 (0)	29 (48,3)	31 (51,7)	60 (100)
Vestir e calçar o seu familiar.	0 (0)	1 (1,7)	30 (50,0)	29 (48,3)	60 (100)
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o respetivo vestuário e calçado.	0 (0)	4 (6,7)	33 (55,0)	23 (38,3)	60 (100)
Incentivar o seu familiar a vestir-se e a calçar-se.	0 (0)	2 (3,3)	33 (55,0)	25 (41,7)	60 (100)
PERCEPÇÃO (GLOBAL) DA AUTO-EFICÁCIA DO MFPC FACE À DEPENDÊNCIA NO VESTIR-SE E DESPIR-SE	0 (0)	0 (0)	33 (55,0)	27 (45,0)	60 (100)

Todo este processo de transição visa a procura de um padrão estável do cuidar (Shyu, 2000), tendo a motivação e a perseverança dos MFPC um papel essencial em todo o processo para transpor as dificuldades (Bandura, 2006).

Neste domínio do PAE, os nossos resultados deixam-nos apontamentos interessantes, em particular no que se reporta ao facto de ser em aspectos relativos à garantia de ajuda de profissionais e familiares – garantia de suporte (formal e informal) – que os MFPC se sentem mais competentes. Com efeito, o apoio efectivo (de profissionais e familiares), à luz da teoria das transições (Meleis et al, 2000), pode constituir um factor facilitador do exercício do papel de MFPC; transição situacional, relacionada com a condição de dependência de um familiar, com grande relevância e interesse para a enfermagem.

4.1.3 Face à dependência do familiar para “Alimentar-se”

No que diz respeito à PAE dos MFPC face à dependência dos familiares no “alimentar-se”, constatamos, em linha com aquilo que é aspeto dominante dos nossos resultados, que, globalmente, a maioria dos MFPC (63,3%) se percebe como muito competente na assistência ao familiar dependente (tabela 26).

TABELA 26: Percepção de Autoeficácia do MFPC face à dependência do familiar para Alimentar-se

PAE do MFPC face à dependência do familiar para Alimentar-se – Itens em análise	Incompetente n (%)	Pouco competente n (%)	Mediamente competente n (%)	Muito competente n (%)	Total N (%)
Perceber a necessidade de dar de comer ao seu familiar.	0 (0)	3 (5,0)	23 (38,3)	34 (56,7)	60 (100)
Detetar sinais de desnutrição.	0 (0)	5 (8,3)	23 (38,3)	32 (53,3)	60 (100)
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecido para as refeições do seu familiar.	0 (0)	2 (3,3)	26 (43,3)	32 (53,3)	60 (100)
Perceber a necessidade de dar de beber ao seu familiar.	0 (0)	3 (5,0)	22 (36,7)	35 (58,3)	60 (100)
Detetar sinais de desidratação.	0 (0)	3 (5,0)	26 (43,3)	31 (51,7)	60 (100)
Perceber se a pessoa ingere de forma segura alimentos ou líquidos.	0 (0)	4 (6,6)	22 (36,7)	34 (56,7)	60 (100)
Determinar o horário, a forma e o local das refeições do seu familiar.	0 (0)	3 (5,0)	25 (41,7)	32 (53,3)	60 (100)
Modificar o horário, a forma (tipo, consistência dos alimentos, etc.) e o local das refeições do seu familiar.	0 (0)	3 (5,0)	24 (40,0)	33 (55,0)	60 (100)
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar.	0 (0)	3 (5,0)	24 (40,0)	33 (55,0)	60 (100)
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar.	0 (0)	0 (0)	19 (31,7)	41 (68,3)	60 (100)
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar.	0 (0)	0 (0)	18 (30,0)	42 (70,0)	60 (100)
Dar de comer/beber ao seu familiar.	0 (0)	2 (3,3)	20 (33,3)	38 (63,3)	60 (100)
Posicionar o seu familiar para as refeições.	0 (0)	2 (3,3)	22 (36,7)	36 (60,0)	60 (100)
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma (tipo, consistência dos alimentos, etc.) e o local das refeições.	0 (0)	1 (1,7)	26 (43,3)	33 (55,0)	60 (100)
Incentivar o seu familiar a comer/beber sozinho.	0 (0)	0 (0)	27 (45,0)	33 (55,0)	60 (100)
PERCEPÇÃO (GLOBAL) DA AUTO-EFICÁCIA DO MFPC FACE À DEPENDÊNCIA NO ALIMENTAR-SE	0 (0)	2 (3,3)	20 (33,3)	38 (63,3)	60 (100)

Ao analisarmos a tabela 26, verificamos que em todos os indicadores em estudo, a maioria dos MFPC se sentem muito competentes. No entanto, realçamos dois indicadores em que 68,9% e 70% dos MFPC se sentem muito competentes. Estes referem-se a: “garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar” e “garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar”. Estes achados vêm de encontro àquilo que destacamos relativamente à PAE dos MFPC face à dependência do seu familiar no autocuidado: vestir-se / despir-se. O apoio de profissionais e familiares, bem como a escolha e acesso a “equipamentos adaptativos...” são elementos cruciais do acesso a recursos. A este respeito, Campos (2008: 112) atesta que “de uma forma geral os recursos são facilitadores do processo de transição, facilitando a prestação de cuidados, e o processo de reconstrução da autonomia”.

Ao observar o conjunto dos indicadores em que os MFPC referiram sentir-se menos competentes, verificamos que os itens mais frequentes são o “detetar sinais de desnutrição” (5; 8,3%) e “perceber se a pessoa ingere de forma segura alimentos ou líquidos” (4; 6,6%). Apesar dos valores percentuais encontrados, importa salientar que tais indicadores podem ser inscritos e lidos à luz da capacidade de monitorização /

interpretação, por parte dos MFPC, da condição de saúde da pessoa cuidada, devendo esta (capacidade dos MFPC) ser nosso foco de atenção, em particular nos casos mais vulneráveis. Atendendo a isto, urge proporcionar experiências aos MFPC para promover a PAE, neste âmbito, uma vez que, segundo Campos (2008), a informação, com ênfase nas questões da alimentação e monitorização da mesma, será um fator facilitador da transição para o papel de prestador de cuidados. Petronilho (2007) refere, ainda, que os cuidadores dão extrema importância aos aspetos relativos à alimentação dos seus familiares dependentes, uma vez que os encaram (justamente) como uma dimensão vital para a saúde.

4.1.4 Face à dependência do familiar para “Uso de sanitário”

A maioria dos membros da família prestadores de cuidados perceciona-se como medianamente competente ou muito competente, face à assistência ao seu familiar no domínio do autocuidado “uso do sanitário”.

TABELA 27: Percepção de Autoeficácia do MFPC face à dependência do familiar para Uso de Sanitário

PAE do MFPC face à dependência do familiar para Uso de Sanitário – Itens em análise	Incompetente n (%)	Pouco competente n (%)	Medianamente competente n (%)	Muito competente n (%)	Total n (%)
Perceber a necessidade da pessoa urinar/evacuar.	0 (0)	4 (6,7)	34 (56,7)	22 (36,6)	60 (100)
Detetar se a pele da região perineal se encontra limpa e seca.	0 (0)	4 (6,7)	33 (55,0)	23 (38,3)	60 (100)
Determinar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/evacuar.	0 (0)	6 (10,0)	31 (51,7)	23 (38,3)	60 (100)
Cumprir o horário e o local estabelecido para o seu familiar urinar/evacuar.	0 (0)	5 (8,3)	33 (55,0)	22 (36,7)	60 (100)
Modificar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/evacuar relativamente àquilo que é habitual.	0 (0)	9 (15,0)	29 (48,3)	22 (36,7)	60 (100)
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/evacuar.	0 (0)	7 (11,7)	29 (48,3)	24 (40,0)	60 (100)
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/evacuar.	0 (0)	3 (5,0)	21 (35,0)	36 (60,0)	60 (100)
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/evacuar.	0 (0)	2 (3,3)	24 (40,0)	34 (56,7)	60 (100)
Trocar a fralda do seu familiar.	0 (0)	2 (4,7)	14 (32,6)	27 (62,7)	43 (100)
Trocar o coletor urinário ao seu familiar.	0 (0)	2 (5,9)	13 (38,2)	19 (55,9)	34 (100)
Colocar a arrastadeira/urinol ao seu familiar.	0 (0)	1 (2,1)	25 (52,1)	22 (45,8)	48 (100)
Lavar a região perineal do seu familiar.	0 (0)	8 (14,0)	25 (43,9)	24 (42,1)	57 (100)
Colocar o seu familiar na sanita.	0 (0)	2 (4,3)	23 (48,9)	22 (46,8)	47 (100)
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e o local utilizado para urinar/evacuar.	0 (0)	2 (3,6)	29 (51,8)	25 (44,6)	56 (100)
Incentivar o seu familiar a usar a casa de banho para urinar/evacuar.	0 (0)	3 (5,1)	31 (52,5)	25 (42,4)	59 (100)
PERCEPÇÃO (GLOBAL) DA AUTO-EFICÁCIA DO MFPC FACE À DEPENDÊNCIA NO USO DE SANITÁRIO	0 (0)	2 (3,3)	33 (55,0)	25 (41,7)	60 (100)

Ao analisar a tabela 27, é possível perceber que, neste domínio, existem quatro indicadores onde mais de metade dos MFPC se percebe como “muito competente”. Estes indicadores dizem respeito a aspetos relativos ao “providenciar cuidados” e à “procura de apoio ou suporte”. Segundo Petronilho (2007), parece existir uma relação significativa entre o empenho dos cuidadores na procura e aquisição de recursos e as competências que demonstram no exercício do papel de cuidador.

Os indicadores onde os MFPC se percebem como menos competentes, tendo em consideração os nove domínios de competência de Schumacher e colaboradores (2000), enquadram-se no âmbito da capacidade de “proceder a ajustes” e “tomar decisões” relativas aos cuidados.

4.1.5 Face à dependência do familiar para “Transferir-se”

Naquilo que se reporta à PAE dos MFPC face à dependência dos familiares para se “transferir” (de e para a cama), globalmente, podemos dizer que quase metade dos MFPC se sente “muito competente” e, quase todos, no mínimo, “medianamente competentes” (tabela 28).

TABELA 28: Percepção de Autoeficácia do MFPC face à dependência do familiar para Transferir-se

PAE do MFPC face à dependência do familiar para Transferir-se – Itens em análise	Incompetente n (%)	Pouco competente n (%)	Medianamente competente n (%)	Muito competente n (%)	Total n (%)
Perceber as dificuldades do seu familiar para se transferir.	0 (0)	4 (6,7)	30 (50,0)	26 (43,3)	60 (100)
Determinar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para cadeira e vice-versa.	0 (0)	1 (1,8)	34 (63,0)	19 (35,2)	54 (100)
Cumprir o horário em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa.	0 (0)	2 (3,7)	36 (66,7)	16 (29,6)	54 (100)
Alterar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa.	0 (0)	3 (5,6)	32 (59,2)	19 (35,2)	54 (100)
Escolher os equipamentos adaptativos para o seu familiar se transferir.	1 (1,8)	1 (1,8)	33 (58,9)	21 (37,5)	56 (100)
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir.	0 (0)	2 (3,3)	24 (40,0)	34 (56,7)	60 (100)
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir.	0 (0)	2 (3,3)	23 (38,3)	35 (58,3)	60 (100)
Transferir o seu familiar da cama para a cadeira e vice-versa.	0 (0)	2 (3,7)	31 (57,4)	21 (38,9)	54 (100)
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e a duração da transferência.	0 (0)	1 (1,7)	33 (55,9)	25 (42,4)	59 (100)
Incentivar o familiar a transferir-se.	0 (0)	1 (1,7)	31 (52,5)	27 (45,8)	59 (100)
PERCEPÇÃO (GLOBAL) DA AUTO-EFICÁCIA DO MFPC FACE À DEPENDÊNCIA NO TRANSFERIR-SE	0 (0)	2 (3,3)	30 (50,0)	28 (46,7)	60 (100)

Contudo, continuando focados nos valores globais de PAE dos MFPC face à dependência dos familiares para se transferir, também podemos dizer que, cerca de metade dos MFPC revelam “necessidade” e, no limite, algum potencial, para aumentar a sua percepção de autoeficácia.

Tomando por referência os valores percentuais observados na categoria “muito competente” por oposição às restantes categorias, constatamos que alguns dos indicadores / itens em que os MFPC se percebem como “menos competentes” dizem respeito a aspetos inscritos, de acordo com Schumacher e colaboradores (2000), aos domínios de competência “agir” e “providenciar cuidados” – “Cumprir o horário em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa” e “Transferir o seu familiar da cama para a cadeira e vice-versa”. Dado o conteúdo destes dois indicadores específicos, facilmente se percebe e se podem antecipar eventuais consequências (nefastas) para os familiares dependentes, fruto desta “menor” PAE dos seus cuidadores. Contudo, como vimos, a percentagem de dependentes com úlceras de pressão é (felizmente) muito reduzida.

4.1.6 Face à dependência do familiar para “Virar-se”

Face à dependência dos familiares cuidados para se “virar” ou “posicionar na cama”, em linha com os resultados obtidos no âmbito do “transferir-se”, globalmente, cerca de 43% dos MFPC percebem-se como “muito competente”. Quer isto dizer, na lógica da informação complementar, que mais de metade (56,7%) dos MFPC estudados se sentem, no máximo, apenas “medianamente competente”.

Observando a tabela 29, encontramos uma particularidade não existente nos restantes domínios da avaliação da PAE dos MFPC, no contexto do nosso estudo. Referimo-nos ao facto que se prende com a existência de vários indicadores em que a PAE percebida pelos MFPC, na categoria “pouco competente” ou mesmo “incompetente”, está acima de 10%. Na realidade, são aspetos que se inscrevem em domínios de competência relativos ao “monitorizar”, “decidir” e “ajustar” os cuidados.

Os achados deste nosso estudo, neste particular da PAE dos MFPC face à dependência dos seus familiares para se posicionar (na cama) alertam-nos para a necessidade de apostarmos no desenvolvimento destas competências dos familiares cuidadores e, em paralelo, pensarmos em abordagens capazes de perceber atempadamente quais os casos mais vulneráveis e, por essa via, apostar em modelos de

cuidados continuados nos domicílios que, em função da sua natureza, intensidade e frequência, possam prevenir complicações na condição de saúde dos dependentes.

TABELA 29: Percepção de Autoeficácia do MFPC face à dependência do familiar para Virar-se

<i>PAE do MFPC face à dependência do familiar para Virar-se – Itens em análise</i>	Incompetente n (%)	Pouco competente n (%)	Mediamente competente n (%)	Muito competente n (%)	Total n (%)
Detetar sinais precoces úlcera de pressão (rubor não branqueável sobre as proeminências ósseas).	0 (0)	7 (12,3)	26 (45,6)	24 (42,1)	57 (100)
Detetar sinais precoces de rigidez articular.	1 (1,7)	6 (10,0)	36 (60,0)	17 (28,3)	60 (100)
Perceber a necessidade do seu familiar mudar de posição.	0 (0)	8 (14,0)	29 (50,9)	20 (35,1)	57 (100)
Determinar o(s) horário(s) do(s) posicionamentos.	0 (0)	3 (7,0)	24 (55,8)	16 (37,2)	43 (100)
Definir os posicionamentos adequados/inadequados.	0 (0)	6 (12,2)	28 (57,1)	15 (30,6)	49 (100)
Cumprir o(s) horário(s) e os tipo(s) de posicionamentos estabelecidos para o seu familiar.	0 (0)	2 (4,7)	27 (62,8)	14 (32,5)	43 (100)
Modificar o(s) horário(s) e tipos do(s) posicionamentos.	0 (0)	3 (7,0)	24 (55,8)	16 (37,2)	43 (100)
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar.	0 (0)	3 (6,1)	25 (51,0)	21 (42,9)	49 (100)
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar.	0 (0)	0 (0)	28 (50,0)	28 (50,0)	56 (100)
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar.	0 (0)	0 (0)	27 (48,2)	29 (51,8)	56 (100)
Posicionar o seu familiar (para prevenir UP).	0 (0)	4 (10,0)	21 (52,5)	15 (37,5)	40(100)
Executar exercícios articulares ao seu familiar.	1 (1,8)	8 (14,3)	28 (50,0)	19 (33,9)	56 (100)
Massajar os pontos de pressão ao seu familiar.	1 (2,0)	5 (10,2)	27 (55,1)	16 (32,7)	49 (100)
Sentar o seu familiar.	0 (0)	2 (4,7)	21 (48,8)	20 (46,5)	43 (100)
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o(s) horário(s) e tipos do(s) posicionamento(s).	0 (0)	1 (2,1)	26 (55,3)	20 (42,6)	47 (100)
Incentivar o seu familiar a posicionar-se.	0 (0)	2 (3,8)	29 (54,7)	22 (41,5)	53 (100)
PERCEPÇÃO (GLOBAL) DA AUTO-EFICÁCIA DO MFPC FACE À DEPENDÊNCIA NO VIRAR-SE	0 (0)	4 (6,7)	30 (50,0)	26 (43,3)	60 (100)

Petronilho (2007) referia que, na transição entre o hospital e o domicílio, os conhecimentos e capacidades dos cuidadores são menores, no que diz respeito às dimensões de saúde relacionadas com a prevenção da rigidez articular, prevenção de úlceras de pressão e técnica de posicionamento, indo de encontro aos indicadores em que uma assinalável percentagem de MFPC se sente menos competente, neste estudo.

4.1.7 Face à dependência do familiar para “Andar”

Na assistência ao familiar dependente no autocuidado “andar”, a maioria (53,3%) dos MFPC sente-se, globalmente, “muito competente”. No entanto, ao consultarmos a tabela 30, é notório o equilíbrio entre os valores percentuais relativos às categorias “medianamente competente” e “muito competente”.

Os dois indicadores em que é mais elevada a percentagem de MFPC que se percecionam como “muito competentes” dizem respeito, em linha com outros resultados já

apurados neste estudo, à dimensão “aceder” a ajuda e apoio de familiares e profissionais. Este facto pode ser lido com um fator que pode condicionar positivamente o exercício do papel de MFPC, na medida em que o acesso a suporte (formal e informal) é crucial para os familiares cuidadores (Stoltz, et al., 2004; Feldman e Cohen, 2000; Shyu, 2000).

TABELA 30: Percepção de Autoeficácia do MFPC face à dependência do familiar para Andar

PAE do MFPC face à dependência do familiar para Andar – Itens em análise	Incompetente n (%)	Pouco competente n (%)	Mediamente competente n (%)	Muito competente n (%)	Total n (%)
Perceber as dificuldades do seu familiar na deambulação.	1 (1,6)	0 (0)	28 (46,7)	31 (51,7)	60 (100)
Determinar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar.	0 (0)	2 (4,2)	25 (53,2)	20 (42,6)	47 (100)
Cumprir o horário, a duração e o local estabelecidos para o seu familiar deambular.	0 (0)	3 (6,4)	26 (55,3)	18 (38,3)	47 (100)
Alterar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar.	0 (0)	3 (6,4)	27 (57,4)	17 (36,2)	47 (100)
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar andar.	0 (0)	3 (6,4)	24 (51,0)	20 (42,6)	54 (100)
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para andar.	0 (0)	1 (1,9)	21 (38,8)	32 (59,3)	54 (100)
Garantir a ajuda de amigos/familiares para lidar com as limitações do seu familiar para andar.	0 (0)	1 (1,9)	21 (38,8)	32 (59,3)	47 (100)
Assistir o seu familiar a andar.	0 (0)	1 (2,1)	20 (42,6)	26 (55,3)	47 (100)
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o tipo de auxiliar de marcha, o horário, a duração e o local da deambulação.	0 (0)	1 (2,1)	27 (57,4)	19 (40,4)	47 (100)
Incentivar o seu familiar a andar.	0 (0)	1 (2,1)	21 (44,7)	25 (53,2)	47 (100)
PERCEPÇÃO (GLOBAL) DA AUTO-EFICÁCIA DO MFPC FACE À DEPENDÊNCIA NO ANDAR	1 (1,7)	1 (1,7)	26 (43,3)	32 (53,3)	60 (100)

Considerando o somatório dos valores percentuais das categorias “incompetente”, “pouco competente” e “medianamente competente”, verificamos a existência de três indicadores que se destacam dos restantes. Referimo-nos a aspetos como: “Cumprir o horário, a duração e o local estabelecidos para o seu familiar deambular”; “Alterar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar” e “Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o tipo de auxiliar de marcha, o horário, a duração e o local da deambulação”. Os dois primeiros itens inserem-se no domínio do “agir” e do “ajustar” os cuidados, respetivamente (Schumacher et al, 2000). Por seu turno, promover a participação do familiar dependente nos cuidados, prende-se com o domínio trabalhar com a pessoa dependente. Este último aspeto pode ser lido à luz do perfil de prestação de cuidados assegurado por muitos MFPC que, por vezes, é limitador da autonomia do familiar dependente, porque é demasiadamente substitutivo ou mesmo paternalista, nos termos de Proot e colaboradores (2007).

4.1.8 Face à dependência para “Tomar medicação”

Neste domínio, de acordo com os resultados globais que temos disponíveis, a larga maioria dos MFPC (75%) perceciona-se como “muito competente”; sendo de longe a dimensão em estudo com valores mais elevados de PAE dos MFPC (tabela 31).

Todavia, julgamos adequado salientar os dois indicadores / itens que quase metade dos MFPC, no máximo, se percecionam “apenas” com “medianamente competentes”. Referimo-nos ao “Definir o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS” e “Ajustar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS”. Estes dois indicadores inscrevem-se nos domínios da tomada de decisão e realização de ajustes nos cuidados, descritos por Schumacher e colaboradores (2000). Acreditamos que esta “menor” PAE dos MFPC possa ser devida aos regimes terapêuticos cada vez mais complexos, associados a internamentos cada vez mais reduzidos, despertando nos familiares cuidadores um sentimento de insegurança, aspeto já descrito por Louro (2009).

TABELA 31: Percepção de Autoeficácia do MFPC face à dependência do familiar para Tomar Medicação

PAE do MFPC face à dependência do familiar para Tomar medicação – Itens em análise	Incompetente n (%)	Pouco competente n (%)	Medianamente competente n (%)	Muito competente n (%)	Total N (%)
Supervisionar as tomas de medicação do seu familiar	0 (0)	0 (0)	9 (15,0)	51 (85,0)	60 (100)
Detetar efeitos secundários da medicação	0 (0)	2 (3,3)	21 (35,0)	37 (61,7)	60 (100)
Perceber se a medicação está a produzir os efeitos desejados	0 (0)	1 (1,7)	19 (31,7)	40 (66,7)	60 (100)
Definir o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS	0 (0)	1 (1,7)	26 (43,3)	33 (55,0)	60 (100)
Definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação	0 (0)	1 (1,7)	23 (38,3)	36 (60,0)	60 (100)
Cumprir o horário e a dose da medicação do seu familiar	0 (0)	1 (1,7)	13 (21,7)	46 (76,7)	60 (100)
Alterar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas do seu familiar	0 (0)	3 (5,0)	20 (33,3)	37 (61,7)	60 (100)
Ajustar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS	0 (0)	1 (1,7)	27 (45,0)	32 (53,3)	60 (100)
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar medicação	0 (0)	1 (1,7)	22 (36,7)	37 (61,7)	60 (100)
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para tomar medicação	0 (0)	1 (1,7)	18 (30,0)	41 (68,3)	60 (100)
Garantir a ajuda de amigos/familiares para lidar com as limitações do seu familiar para tomar medicação	0 (0)	1 (1,7)	18 (30,0)	41 (68,3)	60 (100)
Administrar medicação ao seu familiar	0 (0)	3 (5,0)	8 (13,3)	49 (81,7)	60 (100)
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre horário, dose e utilização de medicação em SOS	0 (0)	3 (5,0)	20 (33,3)	37 (61,7)	60 (100)
Incentivar o seu familiar a preparar e a tomar a medicação	0 (0)	3 (5,0)	16 (26,7)	41 (68,3)	60 (100)
PERCEPÇÃO (GLOBAL) DA AUTO-EFICÁCIA DO MFPC FACE À DEPENDÊNCIA NO TOMAR MEDICAÇÃO	0(0)	1 (1,7)	14 (23,3)	45 (75,0)	60 (100)

Depois de termos apresentado os resultados da avaliação da PAE dos MFPC face aos vários domínios de dependência no(s) autocuidado(s), percebemos que, globalmente, a larga maioria dos MFPC se perceciona como “medianamente competente” ou mesmo, “muito competente” na assistência ao seu familiar. Estes nossos resultados são similares

aos obtidos no estudo desenvolvido por Lage (2007), na área da avaliação dos cuidados informais aos idosos. Esta investigadora da Universidade do Minho afirmou que, quando os cuidadores foram questionados acerca do seu sentido de competência, relativamente aos cuidados que prestavam ao seu familiar dependente, a maioria referiu sentir-se competente.

Considerando os domínios (de competência) do cuidar descritos por Schumacher e colaboradores (2000), foi possível inferir que, grosso modo, o domínio em que os MFPC se sentem mais competentes diz respeito à acessibilidade aos recursos e suporte (familiar e de profissionais). Em traços gerais, podemos dizer que é nos domínios do “monitorizar”, “ajustar”, “decidir” e, em alguns casos, mesmo no “providenciar cuidados”, que os MFPC se percebem como menos competentes.

Tendo por horizonte produzir um discurso de síntese sobre os nossos achados, entendemos adequado avançar numa análise mais geral da PAE dos MFPC, tendo por referência os vários domínios do autocuidado estudados.

4.2 Níveis globais de Perceção de Autoeficácia dos Membros da Família Prestadores de Cuidados

Em continuação da análise final do ponto anterior, determinamos ser pertinente compararmos os níveis PAE (globais) dos MFPC na assistência ao familiar dependente, face a cada autocuidado, tendo o valor de “PAE geral” como ponto de referência, no intuito de indagarmos quais seriam os domínios de autocuidado onde a PAE dos MFPC poderia ser “mais problemática” (tabela 32).

Este exercício comparativo baseou-se nos scores médios obtidos para a amostra, a partir dos “scores” calculados para cada caso, com base na “média ignorando os nulos”. Quer isto dizer que, nesta análise, utilizámos os valores de PAE, expressos numa escala quantitativa (numérica) e não com base na lógica ordinal a que recorremos no ponto anterior do relatório.

A computação do “score geral” da PAE, para cada caso, baseou-se na média (ignorando os nulos) de todos os itens das diferentes (sub) escalas de avaliação da PAE dos MFPC utilizadas. Na posse de um “score geral” de PAE, para cada caso, foi possível utilizar a medida da média do “score geral”, como ponto de referência. Como se constata na tabela seguinte, em média, a “PAE geral” ou agregada é elevada (3,42). Acreditámos que, mesmo

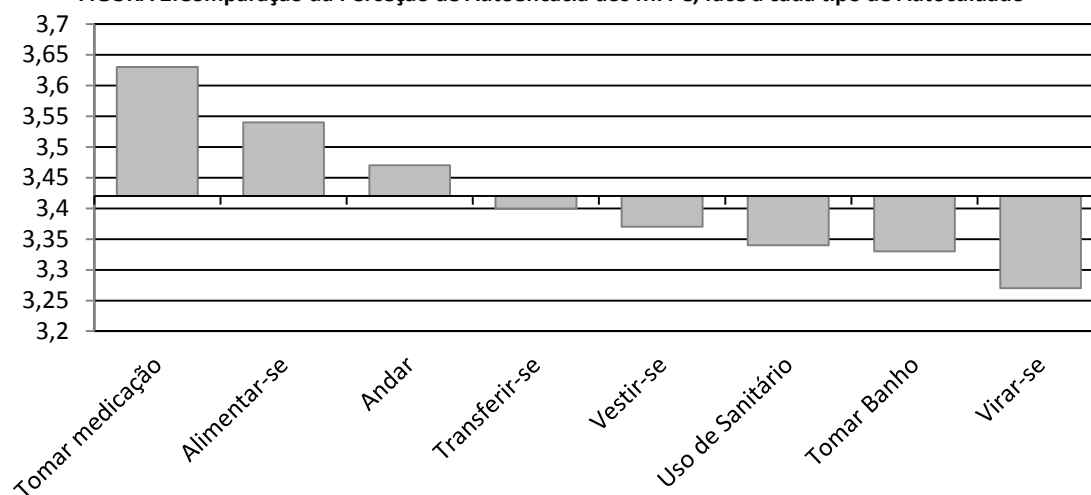
influenciados pelo efeito da desejabilidade social (Poínhos et al, 2008), os aspetos onde (comparativamente) os MFPC se percebem como “menos” competentes podem fornecer dados importantes para a ação terapêutica dos enfermeiros.

TABELA 32: Scores médios da Percepção de Autoeficácia dos MFPC, face a cada tipo de Autocuidado

Percepção da Autoeficácia do MFPC: Tipo de Autocuidado	Valor médio
Tomar medicação	3,63
Alimentar-se	3,54
Andar	3,47
PAE Geral	3,42
Transferir-se	3,40
Vestir-se	3,37
Uso de Sanitário	3,34
Tomar Banho	3,33
Virar-se	3,27

Para otimizar a análise e estabelecer uma comparação entre os diferentes tipos de autocuidado efetuamos um gráfico (figura 2). O gráfico foi elaborado com uma linha de referência (“corte”) que assume o valor da PAE Geral (3,42).

FIGURA 2: Comparação da Percepção de Autoeficácia dos MFPC, face a cada tipo de Autocuidado



Observando a figura 2, que nos permite uma “leitura macro”, é possível concluir que apenas em três (3) domínios da dependência dos familiares cuidados – *tomar a medicação*, *alimentar-se* e *andar* – a PAE dos MFPC é superior ao valor médio geral apurado. Por oposição, em todos os outros domínios os valores encontrados são menores que o nosso valor de referência. Aqui vale a pena destacar dimensões como o *virar-se / posicionar-se*, o *tomar banho* e o *uso do sanitário*. A dependência no transferir-se, virar-se ou tomar banho aponta para familiares “altamente dependentes” e, muitas vezes “acamados”. Curiosamente, é face a estes domínios de dependência que os MFPC se percebem como “menos competentes”. De acordo com Andrade (2009: 195), “à medida que o grau de dependência aumenta, o cuidador vai tendo consciência da degeneração da pessoa cuidada e sentindo-se inseguro, gerando um sentimento de impotência” ou menor competência para as atividades de “tomar conta” (ICN, 2011).

Lage (2007), por sua vez, adenda que os familiares cuidadores que participaram no seu estudo sentiam dificuldades em áreas específicas da prestação de cuidados em casa, nomeadamente nos cuidados de higiene e conforto e nas transferências, assim como dificuldades de ordem técnica, falta de informação e problemas de saúde com algum grau de limitação funcional.

O regresso a casa de um familiar dependente gera sempre inquietações e dificuldades, para as quais os MFPC não se encontram totalmente preparados (Petronilho, 2007); pelo que cabe ao enfermeiro um papel fulcral nesta área, informando os MFPC, desenvolvendo-lhes competências para fazer face às exigências dos cuidados e para enfrentar os desafios práticos e emocionais que se lhe colocam (Lage, 2005; Louro, 2009).

Informar e educar são aspetos fundamentais no que concerne à promoção da autoeficácia (Gilliam e Steffen, 2006). Os cuidadores referem que a comunicação com os profissionais de saúde é muito útil e uma ajuda preciosa, uma vez que a falta de conhecimento pode ser um fator catalisador na diminuição da confiança (Rochon, 2002; Bandura 2006).

No entanto, informar e educar não promovem totalmente a percepção da autoeficácia, pelo que se torna necessário que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, demonstrem as múltiplas tarefas da prestação de cuidados, encorajem os MFPC durante a realização das mesmas e que os apoiem nas suas necessidades, se possível antecipando-se às mesmas (Rochon, 2002), numa lógica de terapêuticas antecipatórias.

Face a isto, Rochon (2002) refere, ainda, que aumentar a autoeficácia pode explicar muitos comportamentos de saúde e autocuidado; afetar a quantidade de esforço que as pessoas vão dedicar no desenvolvimento ou aprendizagem de novos comportamentos; refletir as crenças de cada pessoa na sua capacidade de perseverar ou influenciar as suas escolhas; influenciar esforços preventivos para reduzir os riscos de doença e mortalidade; e prever uma mudança em muitas formas de aprendizagem e comportamentos, incluindo os relacionados com a saúde.

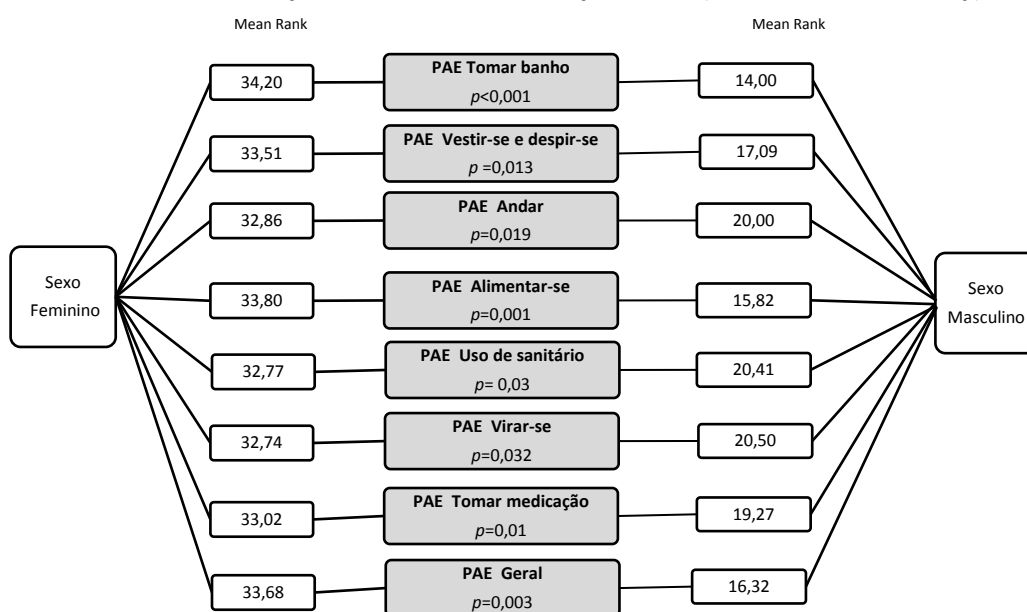
4.3 Fatores associados à Percepção da Autoeficácia dos Membros da Família Prestadores de Cuidados

Neste ponto serão explorados os fatores associados à PAE dos MFPC, considerando, em primeiro lugar, os fatores relativos aos próprios MFPC e, posteriormente, os aspetos relativos ao familiar dependente (ANEXO XII). Aqui, a nossa opção é de fazer referência apenas aos aspetos em que os resultados da estatística inferencial têm significado, ao nível de significância convencionado.

4.3.1 Fatores relativos ao MFPC

O estudo das diferenças na PAE dos MFPC, em função destes serem do sexo feminino ou masculino, através do teste U *Mann-Whitney*, revelou-nos diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos (sexos) em todos os domínios estudados, à exceção da PAE face à dependência do familiar no “Transferir-se” ($p=0,288$). Os valores de “mean rank” apurados demonstram que os MFPC do sexo feminino tendem a ter uma PAE mais elevada (Figura 3). Importa salientar que, aqui, estamos a comparar (apenas) 11 MFPC do sexo masculino com uma larga maioria do sexo feminino.

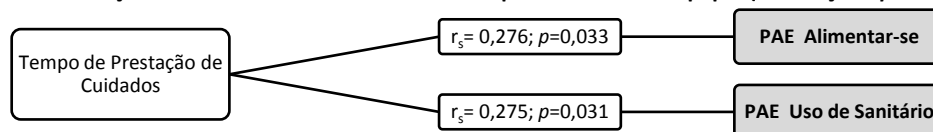
FIGURA 3: Diferenças na PAE dos MFPC, em função do sexo (Teste U de Mann-Whitney)



Como sabemos, abundam os estudos que identificam as mulheres com os elementos preferenciais da família para o desempenho do papel de MFPC. As mulheres adotam o papel de cuidador, atendendo, muitas vezes, à educação e à construção social das funções da mulher, alicerçada na ideia de que as mulheres estão (inaptamente) melhor preparadas que os homens, têm maior capacidade de abnegação e de sofrimento, e são muito voluntárias (Lage, 2007; Andrade, 2009; Louro, 2009). De alguma forma, estes factos podem concorrer para os valores de PAE que encontramos, na comparação entre mulheres e homens.

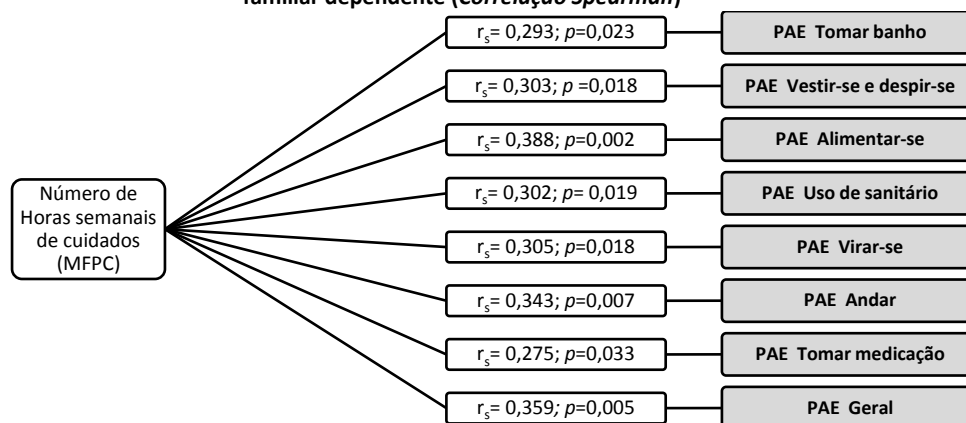
Ao observar a Figura 4, constatamos que existe uma correlação positiva entre o tempo em que o MFPC assumiu o papel de cuidador com a PAE (correlação de *Spearman*). De acordo com os dados disponíveis, percebemos que é apenas do âmbito da PAE face à dependência no “alimentar-se” e no “uso do sanitário” que os MFPC que exercem o papel há mais tempo tendem a ter níveis mais elevados de PAE. Apesar de significativas, as correlações encontradas são, podemos dizê-lo, “fracas”. Assim, globalmente, neste estudo, a PAE não aparece “fortemente” associada à duração do período de exercício do papel; apesar de termos, inicialmente, a expectativa do contrário.

FIGURA 4: Correlação entre o nível PAE do MFPC e o tempo de exercício do papel (Correlação *Spearman*)



Contudo, quando fomos estudar a correlação entre o número de horas despendidas semanalmente na prestação de cuidados e os valores de PAE dos MFPC, tal como ilustrado na figura seguinte, verificamos que existe uma correlação positiva entre o número de horas consumidas semanalmente nos cuidados pelos MFPC e a sua PAE (correlação de *Spearman*). Assim, em quase todos os domínios do autocuidado, com exceção do “transferir-se”, quanto maior o número de horas despendidas pelo MFPC nos cuidados, maior a sua PAE. O valor da correlação do número de horas “consumidas nos cuidados” com o valor “geral” de PAE acaba por reforçar esta ideia. De acordo com Lage (2005), os MFPC que cuidam mais horas diariamente têm uma percepção de maior vigor psíquico e energia, comparativamente aos que cuidam menos horas, facto que pode concorrer para uma maior PAE.

FIGURA 5: Correlação entre o nível PAE do MFPC e o tempo semanal despendido na prestação de cuidados ao familiar dependente (Correlação Spearman)



Neste estudo, questionámos os MFPC acerca das razões ou motivos que os levaram a assumir o papel. Como vimos na caracterização da amostra, as razões não eram mutuamente exclusivas, podem cada um dos participantes indicar mais do que um motivo. Contudo, procedemos a uma análise comparativa das diferenças na PAE dos MFPC, olhando cada uma das razões isoladamente. Assim, fomos comparar, por exemplo, os casos que referiram assumir o papel por “disponibilidade” com aqueles que relativamente à disponibilidade não referiram essa razão ou motivo.

Através do teste U de *Mann-Whitney* (Anexo XII) verificamos que é na razão para assumir o papel “por disponibilidade” que existiam diferenças com significado estatístico e relevantes. Apesar dos limites dos resultados, constatámos que os MFPC que referiram assumir o papel por “disponibilidade” (por exemplo de tempo...) tinham uma maior PAE, em particular face à dependência no “vestir-se e despir-se”, no “alimentar-se” e no “transferir-se”; assim como no valor “geral” de PAE.

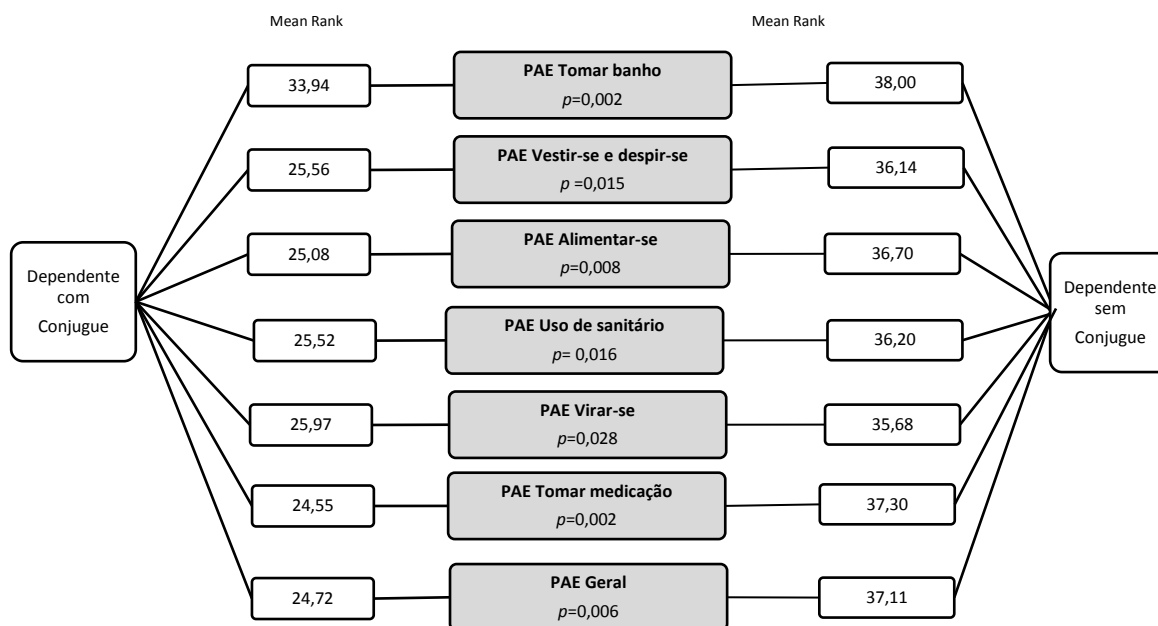
Em síntese, tendo em consideração os múltiplos aspetos (variáveis) relativas aos MFPC estudados, neste estudo, aquilo que se realça é o facto de a PAE tender a ser maior nos MFPC do sexo feminino e naqueles que empregam mais horas semanais na prestação de cuidados ao familiar dependente.

Uma vez explorados os aspetos relativos às variáveis que caracterizam os MFPC e sua associação com a PAE, consideramos oportuno estudar os fatores relativos à pessoa com dependência e sua associação com a PAE dos MFPC, que delas tomam conta.

4.3.2 Fatores relativos à pessoa com dependência

O estudo das diferenças na PAE dos MFPC, em função do estado civil do familiar dependente, através do teste U *Mann-Whitney*, revelou-nos diferenças estatisticamente significativas. Assim, os MFPC que cuidam de dependentes “sem cônjuge” (ex.: viúvos os solteiros) tendem a ter, globalmente, uma maior PAE (figura 6).

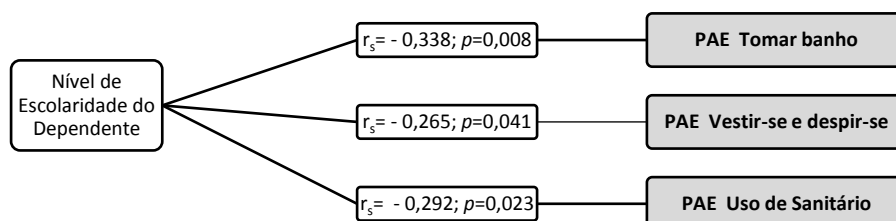
FIGURA 6: Diferenças na PAE dos MFPC, em função do estado civil do familiar dependente (Teste U de Mann-Whitney)



Através da correlação de *Spearman*, verificámos que os MFPC que cuidavam de dependentes mais velhos tinham uma maior PAE face ao “tomar banho”, “alimentar-se” e “tomar a medicação” (Anexo XII)

Foi interessante verificar que, face a três domínios do autocuidado (tomar banho; vestir-se / despir-se; e uso do sanitário), quanto maior era o nível de escolaridade dos dependentes menor era a PAE dos seus MFPC.

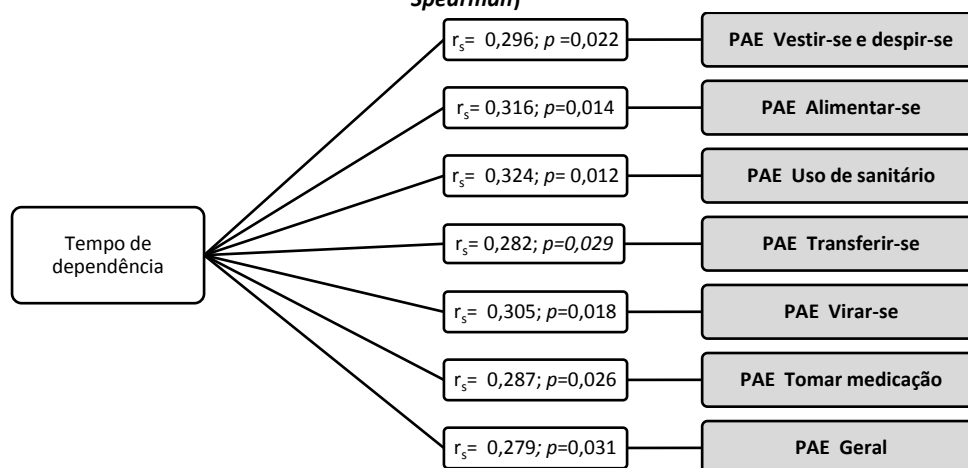
FIGURA 7: Correlação entre o nível de PAE dos MFPC e o nível de escolaridade do familiar dependente (Correlação de Spearman)



De acordo com Pereira (2011) a maior escolaridade dos dependentes pode concorrer para uma maior “exigência” sobre os cuidados prestados pelo MFPC. Neste quadro, é possível que, face à exigência do familiar dependente, alguns MFPC acabem por colocar a sua resiliência e competência em dúvida; facto que podem ajudar-nos a explicar a relação encontrada.

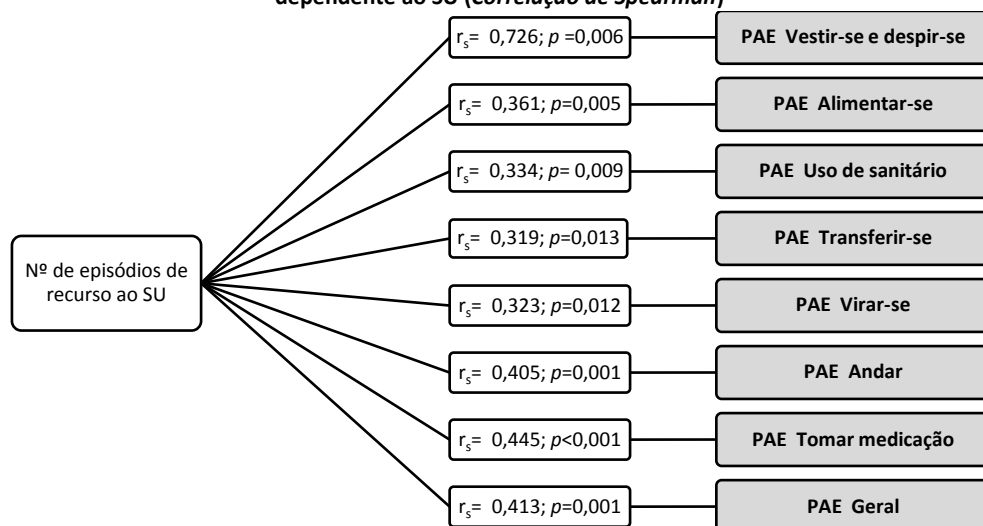
Ao estabelecer uma correlação entre o tempo de dependência do familiar e a PAE dos MFPC verificámos a existência de correlações positivas na grande maioria dos domínios da PAE estudados (figura 8). Como já tínhamos visto, os MFPC que cuidavam há mais tempo tendiam a ter níveis de PAE mais elevados. Com efeito, os MFPC que cuidavam de familiares que seriam dependentes há mais tempo tendiam a ter valores de PAE mais elevados. Segundo Bandura (1994, 1997) e Steffen e colaboradores (2002), experiências de mestria e de observação são promotoras da PAE; sendo assim, é possível inferir que quanto maior o tempo de dependência do familiar cuidado, maior será o número de observações e de experiências de mestria dos MFPC, pelo que, consequentemente, maior será a sua PAE. É óbvio que as limitações que decorrem da dimensão e natureza da nossa amostra recomendam parcimónia na leitura dos resultados apresentados. Contudo, não deixa de ser interessante aquilo que aqui se desvela.

FIGURA 8: Correlação entre o nível de PAE dos MFPC e o tempo de dependência do familiar (Correlação de Spearman)



O resultado da correlação entre o nível de PAE dos MFPC e o número de episódios de recurso do familiar ao serviço de urgência (SU) revelou associações positivas em vários domínios da competência percebida (figura 9).

FIGURA 9: Correlação entre o nível de PAE dos MFPC e o número de episódios de recurso do familiar dependente ao SU (Correlação de Spearman)



Numa primeira análise, este resultado acabou por nos surpreender, na medida em que tínhamos a expectativa que os dependentes cuidados por MFPC com níveis mais elevados de PAE recorressem menos ao serviço de urgência. Contudo, também é possível ler este achado por via do facto de podermos admitir que os MFPC mais competentes, também o são por detetarem mais precocemente sinais de complicações, recorrendo, por isso, com maior regularidade aos serviços de saúde.

Por outro lado, os MFPC que tomavam conta de dependentes com maior número de fármacos prescritos por dia, eram aqueles com níveis de PAE mais baixos, no que respeita ao lidar com a dependência do familiar para tomar a medicação.

Face à multiplicidade de fármacos prescritos, o plano terapêutico tornar-se-á mais complexo, emergindo demandas necessárias de resolução o que poderá resultar no aumento das dificuldades do MFPC diminuindo, assim, a sua PAE. Na leitura deste resultado, importa relembrar que, todavia, o nível de PAE dos MFPC face ao lidar com a medicação do seu familiar foi aquele com um valor mais alto, no contexto deste estudo.

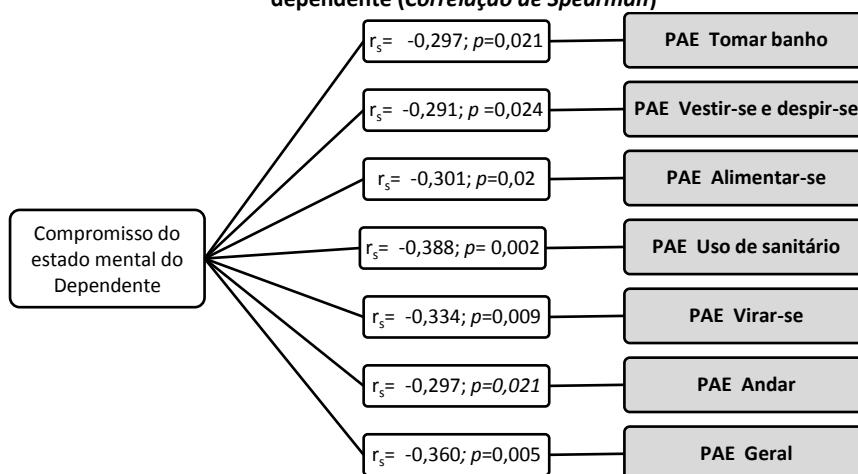
Neste estudo recolhemos dados sobre a existência de compromisso ou complicações nos processos corporais, como úlceras de pressão, desidratação ou pé equino. Como vimos na caracterização da amostra, a frequência deste tipo de complicações era diminuto. Em paralelo, fomos estudar o “estado mental” dos familiares dependentes.

O estado mental dos dependentes concretizou-se através de cinco indicadores: *orientação espacial, orientação temporal, capacidade de repetição/evocação, execução de cálculos simples e identificação de objetos*. A cada um deles, em função da nossa avaliação da pessoa com dependência, era atribuído um score; “score 1” se a capacidade em apreço estava preservada ou “score 0” se a capacidade estava comprometida. Na posse destes dados foi-nos possível avançar para a computação de um “score médio do estado mental”.

Este representa a “média ignorando os nulos” dos cinco itens em questão. Assim, após a computação, cada caso passou a ter um “*score médio do estado mental*”, que variava, numa escala quantitativa entre zero (0) e um (1). Um dependente com “*score médio do estado mental*” de 1 representaria uma pessoa sem qualquer compromisso do estado mental. Por oposição o valor zero (0) corresponderia a compromisso de todos os itens avaliados (dos 5 em apreço). Valores situados entre zero (0) e um (1) evidenciavam “algum compromisso, mais ou menos intenso”.

As correlações negativas ilustradas na figura seguinte apontam para o facto de, no contexto desta amostra, os MFPC com maiores níveis de PAE eram aqueles que tomavam conta de familiares com maior compromisso do estado mental. Ora, estes resultados podem ser lidos à luz do conceito de “exigência face aos cuidados”, por parte dos dependentes (Pereira, 2011). Familiares dependentes com compromisso do estado mental serão, por princípio “menos exigentes” o que pode contribuir para uma maior PAE dos MFPC. Este será, com certeza, um aspeto a ser explorado noutros estudos.

FIGURA 10: Correlação entre o nível de PAE dos MFPC e o nível de compromisso mental do familiar dependente (Correlação de Spearman)



O estudo da correlação entre o nível de PAE dos MFPC e o nível de dependência dos familiares revela que, globalmente, os MFPC que cuidam de familiares mais dependentes são aqueles com níveis de PAE mais limitados (baixos). Importa relembrar que os valores mais próximos de um (1), naquilo que se reporta à dependência são tradutores de um maior nível de dependência da pessoa avaliada. Como vimos, a dependência operacionalizava-se numa escala de *Likert* com quatro pontos, em que o “*score 1*” correspondia à “completa dependência” e o “*score 4*” à “independência”.

Na tabela seguinte damos conta dos resultados do estudo das correlações entre a PAE dos MFPC e o nível de dependência dos familiares que são alvo dos cuidados.

TABELA 33: Correlação entre o nível de PAE dos MFPC e o nível de dependência do familiar, por domínio do autocuidado (Correlação de Spearman)

Nível de Depend. PAE		Domínios de Autocuidado											Geral
		Banho	Vestir-se e Despir-se	Alimentar-se	Arranjar-se	Higiene	Elevar-se	Uso Sanitário	Transferir-se	Virar-se	Uso Cadeira Rodas	Andar	
Tomar Banho	r_s	-0,309	-0,361	-0,367	-0,388	-0,244	-0,262	-0,200	-0,263	-0,371	-0,874	-0,393	-0,364
	p	0,016	0,005	0,004	0,002	0,061	0,043	0,125	0,043	0,004	0,005	0,002	0,004
Vestir-se e Despir-se	r_s	-0,231	-0,245	-0,418	-0,274	-0,199	-0,226	-0,208	-0,251	-0,283	-0,678	-0,346	-0,272
	p	0,076	0,059	0,001	0,034	0,128	0,083	0,111	0,053	0,028	0,064	0,007	0,035
Andar	r_s	-0,256	-0,274	-0,339	-0,389	-0,313	-0,320	-0,250	-0,342	-0,321	-0,803	-0,397	-0,344
	p	0,049	0,034	0,008	0,002	0,015	0,013	0,054	0,008	0,013	0,016	0,002	0,007
Alimentar-se	r_s	-0,264	-0,380	-0,394	-0,405	-0,290	-0,291	-0,258	-0,290	-0,375	-0,647	-0,392	-0,336
	p	0,042	0,003	0,002	0,001	0,024	0,024	0,047	0,025	0,003	0,083	0,002	0,009
Transferir-se	r_s	-0,129	-0,213	-0,244	-0,275	-0,184	-0,169	-0,157	-0,159	-0,291	-0,874	-0,298	-0,275
	p	0,325	0,102	0,060	0,033	0,158	0,196	0,232	0,224	0,024	0,005	0,021	0,034
Uso de Sanitário	r_s	-0,248	-0,396	-0,421	-0,360	-0,293	-0,300	-0,269	-0,293	-0,391	-0,265	-0,433	-0,316
	p	0,056	0,002	0,001	0,005	0,023	0,020	0,037	0,023	0,002	0,526	0,001	0,014
Virar-se	r_s	-0,284	-0,311	-0,427	-0,430	-0,345	-0,355	-0,303	-0,368	-0,392	-0,659	-0,390	-0,389
	p	0,028	0,016	0,001	0,001	0,007	0,005	0,018	0,004	0,002	0,076	0,002	0,002
Tomar medicação	r_s	-0,180	-0,204	-0,467	-0,201	-0,148	-0,229	-0,140	-0,247	-0,321	-0,673	-0,300	-0,206
	p	0,169	0,118	0,000	0,123	0,260	0,078	0,285	0,057	0,012	0,067	0,020	0,114
Geral	r_s	-0,264	-0,337	-0,440	-0,406	-0,311	-0,320	-0,271	-0,337	-0,396	-0,924	-0,432	-0,374
	p	0,042	0,009	0,000	0,001	0,016	0,013	0,036	0,009	0,002	0,001	0,001	0,003

Admite-se que quanto maior o nível de dependência, maior será a quantidade de cuidados e tarefas que se colocam aos MFPC (Campos, 2008); facto que pode contribuir para uma diminuição da PAE dos MFPC, atendendo à complexidade, quantidade e desafios de gestão dos cuidados; uma vez que as pessoas, por vezes, tendem a evitar situações que creem que possam exceder as suas capacidades (Bandura, 2006).

É de realçar que o verdadeiro sucesso da prestação de cuidados a um familiar dependente advém sempre da capacidade de autoaperfeiçoamento e de adaptações bem-sucedidas às novas situações que surgem diariamente, impulsionando o processo de transição para o papel de prestador de cuidados saudável e a percepção da autoeficácia dos MFPC.

Quanto maior for a PAE do MFPC maior será a motivação dos mesmos, encarando sempre uma falha ou um obstáculo como resultado de um esforço reduzido e não como algo intransponível (Bandura, 1997), procurando sempre a maior qualidade e eficiência dos seus cuidados para com a o seu familiar dependente.

Deste modo, cabe aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros, preparar as famílias para o regresso a casa da pessoa dependente, dotando-as de habilidades e conhecimentos através de múltiplas experiências, observações e incentivos com a finalidade de incutir um sentimento de capacitação e competência, promovendo percepção de autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados.

5 CONCLUSÕES

Na sociedade atual, o número de pessoas que prestam cuidados a um membro da família tem aumentado de forma exponencial, à medida que uma grande parte da população envelhece.

Neste contexto, tendo presente o papel fundamental que os familiares cuidadores desenvolvem na prestação de cuidados, emergem cada vez mais investigações sobre os fatores que podem estar associados com a capacidade de lidar com as exigências do cuidado, tendo a autoeficácia sido identificada como um fator importante na capacidade de adaptação dos indivíduos para lidar com a prestação de cuidados (Merluzi, 2011).

O estudo aqui reportado, inscrito no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, focou-se na problemática do exercício do papel de Membro da Família Prestador de Cuidados (MFPC), tendo como propósito conhecer a autoeficácia no exercício do papel, percecionada por aqueles familiares cuidadores.

De acordo com os resultados apurados neste estudo, é importante, desde logo, salientar que, grosso modo, os MFPC se sentem como “muito competentes” no desempenho do seu papel. No entanto, ao analisarmos os valores médios da perceção da autoeficácia (PAE), face a cada domínio do autocuidado estudado, percebemos que os domínios com valores de PAE mais baixos dizem respeito ao assistir o familiar dependente no “transferir-se”, no “vestir-se”, no “uso de sanitário”, no “tomar banho” e no “virar-se” (ou posicionar-se). Como facilmente se infere, estes domínios do autocuidado estão intimamente relacionados com o conceito de “dependente acamado”, que tão frequentemente se vislumbra no discurso profissional. Com efeito, os resultados deste estudo evidenciam que, quanto maior o nível da dependência do familiar cuidado, menor é a perceção de autoeficácia dos MFPC.

Considerando os nove domínios de competência ou processos de cuidar descritos por Schumacher e colaboradores (2000), conteúdos que considerámos com referenciais neste estudo, foi possível inferir que o domínio em que os MFPC se sentiam mais competentes dizia respeito à “acessibilidade aos recursos”, nomeadamente humanos, para assistir o seu familiar. Em contrapartida, os MFPC manifestaram menor PAE nos domínios

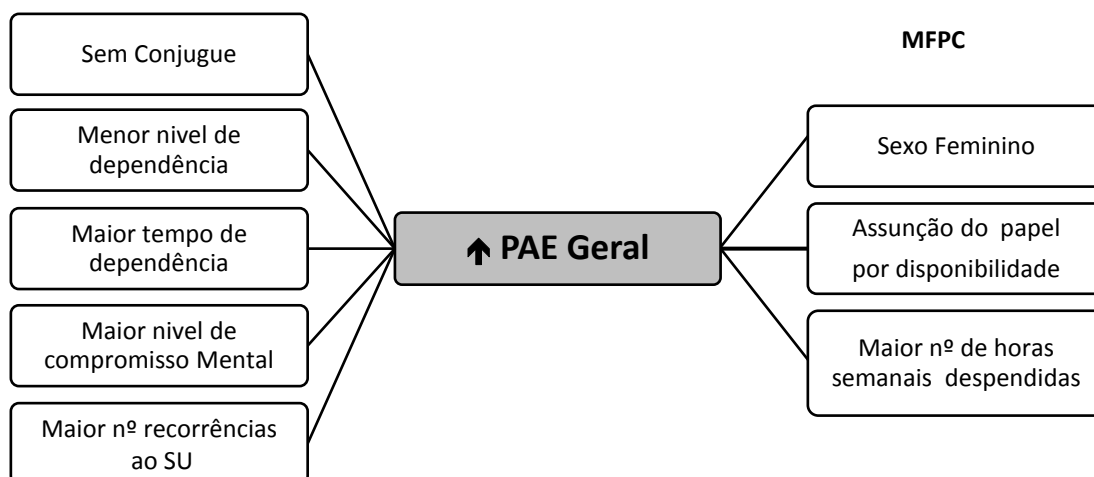
relacionados com o “monitorizar”, o “ajustar” e o “providenciar cuidados”, pelo que urge desenvolver estratégias de preparação do regresso a casa com forte enfoque nestes domínios. Estes domínios de competência, em que os MFPC se sentem menos competentes, ligam-se com as capacidades de vigiar e interpretar alterações na condição de saúde do familiar dependente, bem como de proceder a alterações nos cuidados providenciados, fruto das alterações experimentadas pela pessoa cuidada.

Naquilo que se reporta à influência das variáveis relativas ao familiar dependente sobre a PAE dos MFPC, os resultados deste estudo, apontam, ainda, para o facto de quando os MFPC tomam conta de uma pessoa com compromisso dos processos mentais, tendem a evidenciar maior PAE. Este facto pode decorrer daquilo que pode ser entendido como “menor exigência nos cuidados”, por parte do dependente (Pereira, 2011). Tomar conta há mais tempo, até pelo tempo que a construção da competência exige, parece promover a PAE dos MFPC. Por outro lado, os familiares dependentes com maior número de episódios de recurso aos “serviços de urgência” são cuidados por MFPC com níveis mais elevados de PAE. Este resultado, muito provavelmente, derivará da circunstância destes MFPC serem “mais competentes” na monitorização e vigilância dos seus familiares dependentes.

Relativamente às características do MFPC, inferimos que os MFPC que assumem o papel de cuidador por “disponibilidade” e que ocupam “mais horas” na prestação de cuidados são aqueles com níveis mais elevados de PAE. Como já tivemos oportunidade de referir, a construção da percepção da autoeficácia e, porque não dizê-lo, da competência decorrerá da maior intensidade de experiências dos MFPC. Tal como em outros estudos, também aqui obtivemos um grande número de MFPC que eram mulheres. Talvez devido aquilo que socialmente está atribuída às mulheres e a algumas das suas experiências de vida, são os MFPC do sexo feminino que têm maior PAE (Figura 1).

FIGURA 11: Relação entre as principais variáveis (relativas à pessoa com dependência e ao MFPC) em estudo e a PAE geral dos MFPC

Pessoa dependente



Todos os estudos encerram limitações e este não é exceção. Antes de mais, importa recordar a natureza (não probabilística) e dimensão da nossa amostra (60 casos). No entanto, considerando o fator tempo para que foi projetado este trabalho, não nos foi possível ultrapassar esta limitação, apesar da consciência que temos da mesma.

Outra limitação do presente estudo foi a deslocação do investigador às residências dos MFPC, uma vez que para além do tempo e custo despendidos, acreditamos que a maioria dos MFPC se sentiu inibida ao fornecer as respostas ao investigador, uma vez que “as pessoas inquiridas respondem às questões tendo em conta o socialmente correto e aceite, uma vez que estão perante” o investigador (Vilelas, 2009:134), pelo que sugerimos que em futuros estudos a utilização de uma entrevista via telefone ou da utilização de questionários enviados por correio podem ser alternativas a ponderar.

São ainda poucos os estudos publicados, com foco na percepção da autoeficácia dos MFPC, no “registo” que imprimimos a este percurso de investigação. Dada esta realidade, sentimos algumas dificuldades de discussão dos resultados, para além daquilo que foram as nossas limitações (intrínsecas) no processo interpretativo.

Os resultados deste nosso estudo, à escala do Departamento de Medicina do hospital de onde “partiu” o estudo, podem ser um excelente pretexto para a definição de estratégias de promoção e melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, em particular no âmbito da preparação de MFPC.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, W. 2008. *Transições e Contextos Multiculturais*. Coimbra : Formasau, 2008. 978-972-8485-96-2.
- ANDRADE, Fernanda Maria Mendes de. 2009. O Cuidado Informal à Pessoa Idosa Dependente em Contexto Domiciliário: Necessidades Educativas do Cuidador Principal. *Tese de Mestrado em Ciências da Educação: Área de Especialização em Educação para a Saúde*. Braga : Universidade do Minho - Instituto de Educação e Psicologia, 2009.
- ANDRADE, L.M., et al. 2009. A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. *Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 2009, Vol. 43, 1, pp. 37-43.
- BACKMAN, Kaisa e HENTINEN, Maija. 1999. Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*. 1999, Vol. 30, 3, pp. 564-572.
- BANDURA, A. 1977. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*. 1977, Vol. 84, 2, pp. 191-205.
- BANDURA, A. 1994. Self-Efficacy. *Information on Self-Efficacy - A Community of Scholars*. [Online] 1994. [Citação: 15 de Abril de 2011.] <http://des.emory.edu/mfp/BanEncy.html>.
- BANDURA, A. 1997. *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. 9. New York : W. H. Freeman and Company, 1997. 978-0-7167-2850-4.
- BANDURA, A. 2001. Self-efficacy and Health. [autor do livro] N. SMELSER e P. BALTES. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Oxford : Elsevier, 2001, pp. 13815-13820.
- BANDURA, A. 2001a. Social Cognitive Theory and Clinical Psychology. [autor do livro] N. SMELSER e P. BALTES. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*. Oxford : Elsevier, 2001a, pp. 14250-14254.
- BANDURA, A. 2004. The growing primacy of perceived efficacy in human self-development adaptation and changer. [autor do livro] Marisa et al SALANOVA. *Nuevos horizontes en la investigacion sobre la autoeficacia*. Castelló de la Plana : Publicaciones de la Universitat Jaume I, 2004, Vol. 8, pp. 34-51.
- BANDURA, A. 2006. Guide for Constructing Self-Efficacy Scales. [autor do livro] F. PAJARES e T. URDAN. *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents*. s.l. : Information Age Publishing, 2006, 14, pp. 307-337.
- BANDURA, A. e BENIGHT, C. 2004. Social Cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and therapy*. 2004, 42, pp. 1129-1148.
- BRERETON, Louise. 1997. Preparation for family care-giving: stroke as a paradigm case. *Journal of Clinical Nursing*. 1997, 6, pp. 425-434.
- BRITO, Maria Luisa da Silva. 2000. A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares a idosos. *Dissertação Mestrado em Psiquiatria e Saúde Mental*. Porto : Faculdade de Medicina do Porto - Universidade do Porto, 2000.
- CAMPOS, Maria Joana Alves. 2008. Integração na família de uma pessoa dependente no autocuidado - Impacte da acção do enfermeiro no processo de transição. *Dissertação de*

- Mestrado em Enfermagem. Porto : Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde, 2008.
- CARMO, Hermano e FERREIRA, Manuela Malheiro. 2008. *Metodologia da Investigação - Guia para auto-aprendizagem*. 2ª. Lisboa : Universidade Aberta, 2008. 978-972-674-231-9.
- DEANE, N., et al. 2005. Effectiveness of Outpatient Geriatric Assessment Programs: Exploring Caregiver Needs, Goals, and Outcomes. *Journal of Gerontological Nursing*. Dezembro de 2005, Vol. 31, 12, pp. 19-25 .
- DRISCOLL, A. 2000. Managing post-discharge care at home: an analysis of patients and their carers perceptions of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing*. 2000, Vol. 31, 5, pp. 1165-1173.
- DUPAS, Giselle, et al. 1994. Reflexão e Síntese acerca do modelo do Autocuidado de Orem. *Acta Paulista de Enfermagem*. 1994, Vol. 7, 1, pp. 19-26.
- DUQUE, Hernâni José Leandro Teotónio. 2010. *O doente dependente no autocuidado - estudo sobre a avaliação e acção profissional dos enfermeiros*. Instituto de Ciências da Saúde. Porto : Universidade Católica Portuguesa, 2010. Tese de Mestrado.
- ERDMANN, A.L. 2009. A necessidade de atingirmos novos patamares na pesquisa de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2009, Vol. 22, 2, pp. v-vi.
- FELDMAN, P. e COHEN, S. 2000. Social Support. [autor do livro] A.E Kazdin. *Encyclopedia of Psychology*. Nova Iorque : Oxford University Press, 2000, pp. 373-376.
- FORTIN, Marie-Fabienne. 2009. *Fundamentos e Etapas de Investigação*. Loures : Lusociência, 2009. 978-989-8075-18-5.
- GILLIAM, C. M. e STEFFEN, A. M. 2006. The relationship between caregiving self-efficacy and depressive symptoms in dementia family caregivers. *Aging & Mental Health*. 2006, Vol. 10, 2, pp. 79-86.
- GIVEN, B, SHERWOOD, P e GIVEN, C. 2008. What knowledge and skills do caregiver need? *Journal of Social Work Education*. 2008, Vol. 44, 3, pp. 115-123.
- GONÇALVES, L.G.T., A.M., ALVAREZ e ARRUDA, M.C. 2007. Pacientes portadores da doença de Parkinson: significado de suas vivências. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2007, Vol. 20, 1, pp. 62-68.
- HAIGLER, D.H., BAUER, L.J. e TRAVIS, S.S. 2004. Finding the common ground of family and professional caregiving. *Educational Gerontology*. 2004, Vol. 30, pp. 95-105.
- ICN, International Council of Nurses. 2011. *CIPE 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2*. [trad.] Ordem dos Enfermeiros. Loures : Lusociência, 2011. 978-92-95094-35-2.
- JOHNSON, M., et al. 2008. *NOC - Classificação de Resultados de Enfermagem*. 3ª. Porto Alegre : Elsevier Editora, 2008. 9788536313238.
- KALNINS, I. 2006. Caring for the terminally ill: experiences of Latvian family caregivers. *International Nursing Review*. 2006, 53, pp. 129-135.
- KERSTEN, P, et al. 2001. Needs of carers of severely disabled people: are they identified and met adequately? *Health and Social Care in the Community*. 2001, Vol. 9, 4, pp. 235-243.
- KHAN, Fary, PALLANT, Julie e BRAND, Caroline. 2007. Caregiver strain and factors associated with caregiver self-efficacy and quality of life in a community cohort with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation*. 2007, Vol. 29, 16, pp. 1241-1250.
- KING, R. B. e SEMIK, P. E. 2006. Stroke Caregiving: Difficult Times, Resource Use, and Needs During the First 2 Years. *Journal of Gerontologic Nursing*. Abril de 2006, Vol. 32, 4, pp. 37-44.

- KRALIK, D., VISENTIN, K. e VAN LOON, A. 2010. Transition: A literature review. [autor do livro] A. MELEIS. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Nova Iorque : Springer Publishing Company, 2010, pp. 72-83.
- KUHN, Daniel, FULTON, Bradley e EDELMAN, Perry. 2003. Powerfull tools for caregivers: Improving self-care and self-efficacy of Family caregivers. *Alzheimer's Care Quarterly*. 2003, Vol. 4, 3, pp. 189-200.
- LAGE, Isabel. 2005. Cuidados Familiares a Idosos. [autor do livro] Constança PAÚL e António FONSECA. *Envelhecer em Portugal*. Lisboa : Climepsi Editores, 2005, pp. 203-229.
- LAGE, Maria Isabel Gomes de Sousa. 2007. Avaliação dos cuidados informais aos idosos: estudo do impacto do cuidado no cuidador informal. *Dissertação de Doutoramento em Ciências de Enfermagem*. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2007.
- LI, H. 2004. Barriers to and unmet needs for supportive services: Experiences of Asian-American caregivers. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*. 2004, 19, pp. 241-260.
- LOPES, J.L., et al. 2009. Satisfação de clientes sobre cuidados de enfermagem no contexto hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2009, Vol. 22, 2, pp. 136-141.
- LOURO, Maria Clarisse Carvalho Martins. 2009. Cuidados continuados no domicílio. *Dissertação de doutoramento em Ciências de Enfermagem*. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2009.
- MACKENZIE, A., et al. 2007. Family carers of stroke survivors: needs, knowledge, satisfaction and competence caring. *Disability and Rehabilitation*. 2007, Vol. 29, 2, pp. 111-121.
- MAK, A., MACKENZIE, A. e LUI, M. 2007. Changing Needs of Chinese family caregivers of stroke survivors. *Journal of Clinical Nursing*. 2007, 16, pp. 971-979.
- MARTIN, Ignacio. 2005. O cuidado informal no âmbito social. [autor do livro] Constança PAÚL e António FONSECA. *Envelhecer em Portugal*. Lisboa : Climepsi Editores, 2005, pp. 179-202.
- MARTINS, J, et al. 2007. Necessidades de Educação em Saúde dos Cuidadores de Pessoas Idosas no domicílio. *Texto Contexto Enfermagem*. 2007, Vol. 16, 2, pp. 254-262.
- MARTINS, Teresa. 2006. *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra : Formasau, 2006. 972-8485-30-1.
- MCLEAN, J, et al. 1991. Service Needs of stroke survivors and their informal carers: a pilot study. *Journal of Advanced Nursing*. 1991, 16, pp. 559-564.
- MELEIS, A., et al. 2010. Experiencing Transitions: An emerging Middle-Range Theory. [autor do livro] A. MELEIS. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Nova Iorque : Springer Publishing Company, 2010, pp. 52-65.
- MELEIS, Afaf e CHICK, Norma. 2010. Transitions: a nursing concern. [autor do livro] A. MELEIS. *Transitions theory : middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Nova Iorque : Springer Publishing Company, 2010, pp. 24-37.
- MERLUZI, Thomas, et al. 2011. Assessment of self-efficacy for caregiving: The critical role of self-care in caregiver stress and burden. *Palliative and Supportive Care*. 2011, 9, pp. 15-24.
- OREM, Dorothea. 1993. *Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona : Masson, S.A, 1993. 0-8016-6064-5.
- PEREIRA, Maria de Fátima da Cunha. 2011. Cuidadores informais de doentes de alzheimer: sobrecarga física, emocional e social e psicopatologia . *Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem*. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, 2011.

- PERLINI, N. e FARO, A. 2005. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador informal. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*. 2005, Vol. 39, 2, pp. 154-163.
- PETERNELLA, Fabiana Magalhães Navarro e MARCON, Sonia Silva. 2009. Descobrimos a Doença de Parkinson: impacto para o parkinsoniano e seu familiar. *Revista brasileira de Enfermagem*. jan-fev de 2009, Vol. 62, 1, pp. 25-31.
- PETRONILHO, F. 2007. *Preparação do Regresso a Casa*. Coimbra : Formasau, 2007. 978-972-8485-91-7.
- POÍNHO, R., et al. 2008. Desejabilidade Social e Barreiras ao cumprimento da terapêutica dietética em mulheres com excesso de peso. *Acta Medica Portuguesa*. 2008, Vol. 21, 3, pp. 221-228.
- POLIT, Denise, BECK, Cheryl e HUNGLER, Bernadette. 2004. *Fundamentos em Pesquisa em Enfermagem - Métodos, Avaliação e Utilização*. 5ª. Porto Alegre : Artmed, 2004. 85-7307-984-3.
- PORTUGAL, Gabinete Técnico do Plano Nacional de Saúde 2011-2016. 2011. Enquadramento PNS 2011-2016. *Plano Nacional de Saúde 2011-2016*. [Online] 16 de Março de 2011. [Citação: 15 de Novembro de 2011.] <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/>.
- POTTHOFF, S., KANE, R.L. e S.J., FRANCO. 1997. Improving Hospital Discharge planning for elderly patients. *Health Care Financing Review*. 1997, Vol. 19, 2, pp. 47-72.
- PROOT, Ireen, et al. 2007. Supporting stroke patients' autonomy during rehabilitation. *Nursing Ethics*. 2007, Vol. 14, 2, pp. 229-241.
- RIBEIRO, J. L. P.. 2008. Adaptação de uma escala de avaliação da Auto-eficácia Geral. [Online] 12 de Setembro de 2008. [Citação: 3 de Novembro de 2010.] <http://fpce.up.pt/docentes/paisribeiro/testes/>.
- RIBEIRO, J. L. P.. 2010. *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. 3ª. Porto : Legis Editora, 2010. 978-989-8148-46-9.
- ROCHON, Therese. 2002. Promoting Self-Efficacy of Family Caregivers. [autor do livro] Joan TENO, et al. *Toolkit of instruments to measure End of life care - Resource Guide*. Providence : Center for Gerontology and Healthcare Research - Brown University, 2002, 8. <http://www.chcr.brown.edu/pcoc/resourceguide/resourceguide.pdf>.
- RODRIGUEZ, Bibiana, ÁLVAREZ, Estela e CORTÉS, Olga. 2001. Cuidadores Informales: necessidades e ayudas. *Revista Rol de Enfermagem*. 2001, Vol. 24, pp. 183-189.
- RUDNICKI, Tânia e CARLOTTO, Mary Sandra. 2007. Formação de estudante da área da saúde: reflexões sobre a prática. *Revista Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*. Junho de 2007, Vol. 10, 1, pp. 97-110.
- SCHUMACHER, K, et al. 2006. A Transactional Model of Cancer - Family Caregiving Skill. *Advances in Nursing Science*. 2006, Vol. 29, 3, pp. 271-286.
- SCHUMACHER, K. e MELEIS, A. 2010. Transitions: a central concept in nursing. [autor do livro] A. MELEIS. *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Nova Iorque : Springer Publishing Company, 2010, pp. 38-51.
- SCHUMACHER, K., et al. 2000. Family caregiving Skill: Development of the Concept. *Research in Nursing & Health*. 2000, Vol. 23, pp. 191-203.
- SHYU, Y. 2000. The needs of family caregivers of frail elders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample. *Journal of Advanced Nursing*. 2000, Vol. 32, 3, pp. 619-625.

SHYU, Y., et al. 2003. A pilot study on a home-based caregiver training program for improving caregiver self-efficacy and decreasing the behavioral problems of elders with dementia in Taiwan. *INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY*. 2003, 18, pp. 337-345.

STEFFEN, A. M., et al. 2002. The revised scale for caregivers self-efficacy: Reliability and validity studies. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. 2002, Vol. 57B, 1, pp. 74-86.

STOLTZ, P., UDÉN, G. e WILLMAN, A. 2004. Support for family carers who care for an elderly person at home – a systematic literature review . *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2004, Vol. 18, 2, pp. 111-119.

VILELAS, José. 2009. *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento*. 1ª. Lisboa : Edições Silabo, 2009. 978-972-618-557-4.

YEDIDIA, M. J. e TIEDRMANN, A. 2008. How do Family Caregivers describe their needs for professional help? *American Journal of Nursing*. Setembro de 2008, Vol. 108, 9, pp. 35-37.

ANEXOS

Anexo I

Processos de cuidar e os indicadores de competência

Processos de cuidar e os indicadores de competência na prestação de cuidados

Processos	Indicadores
Monitorizar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Usa especificidade apropriada 2. Perceciona mudanças subtis 3. Refere Indicadores verbais e não-verbais de bem-estar do recetor de cuidados 4. Usa instrumentos de monitorização, quando apropriado 5. Usa uma vigilância adequada 6. Faz observações precisas 7. Mantém um registo por escrito, quando apropriado 8. Perceciona padrões
Interpretar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconhece desvios do normal ou do esperado curso clínico 2. Reconhece que algo é "diferente" ou "errado" 3. Reconhece a seriedade de um problema 4. Procura explicações para os sinais e sintomas inexplicáveis 5. Faz perguntas detalhadas com o objetivo de desenvolver uma explicação 6. Faz atribuições corretas 7. Usa um ponto de referência no sentido de fazer observações 8. Considera múltiplas explicações para uma observação
Tomar decisões	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tem em conta o cuidado e as múltiplas necessidades implícitas à doença 2. Analisa as necessidades de cuidados concorrentes inerentes à doença 3. Avalia a importância de prioridades concorrentes 4. Atende a questões de cuidados múltiplos de uma só vez 5. Pensa antecipadamente sobre as possíveis consequências de uma determinada ação
Agir	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ações recorrentes são tomadas em intervalos efetivos 2. Utilização de "lembretes" para as cumprir os tempos 3. Ritmos de ações adequados para corresponderem com o ritmo da pessoa doente 4. Tempos de ação adequados ao ritmo de respostas da pessoa doente à quimioterapia 5. Tempos de ação adequados ao ritmo diário de respostas da pessoa doente 6. Tempos de ações intermitentes ou únicos de forma adequada 7. Consideração das próprias necessidades no tempo de ação 8. Organiza várias ações de forma sistemática 9. Desenvolve rotinas para gerir tarefas complexas 10. Organiza tarefas de prestação de cuidados com a doença de modo que a pessoa doente possa estar envolvida, se necessário 11. Usa um sistema para se lembrar quando as ações são devidas 12. Usa diferentes sistemas de rastreamento de ações agendadas e ações que são tomadas como necessárias 13. Tem a capacidade de agir sobre várias questões de uma só vez
Ajustar	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ajusta a quantidade de alimentos, medicamentos, descanso, exercícios, etc., até um ótimo conforto e gestão de sintoma alcançado 2. Modifica rotinas de longa data para se adequar à situação de doença 3. Modifica ambiente para se adequar à situação de doença 4. Tenta várias estratégias até encontrar uma solução para os problemas de prestação de cuidados 5. Usa "erros" como uma oportunidade para a aprendizagem 6. Considera o que conduziu a um "erro" e altera o que parece ser a fonte do problema 7. Procura por uma alternativa quando uma estratégia de cuidado já não funciona 8. Usa a criatividade na resolução de problemas
Aceder aos recursos	<ol style="list-style-type: none"> 1. Procura recursos com sabedoria; considera uma ampla rede 2. Usa conselhos sensatos 3. Procura recursos autorizados quando for o caso 4. Erradica conselhos erróneos, imprecisos ou inadequados 5. Persiste na obtenção de recursos, até encontrar o que é realmente necessário 6. Toma a iniciativa na busca de recursos 7. Descobre quais são os prestadores de cuidados de saúde mais acessíveis, úteis e conhecedores 8. Informa sobre as suas próprias necessidades
Providenciar cuidados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Executa procedimentos com segurança 2. Executa procedimentos delicadamente 3. Presta atenção ao conforto da pessoa doente 4. Leva o tempo necessário aos procedimentos para obter os melhores resultados 5. Os resultados dos processos são esteticamente agradáveis
Trabalhar com a pessoa alvo dos cuidados	<ol style="list-style-type: none"> 1. Percebe quando a assumir um papel mais ativo no cuidado com a doença 2. Usa uma abordagem incremental de assunção de tarefas inerentes aos cuidados com a doença, a fim de preservar a capacidade da pessoa doente em agir 3. Percebe quando dar um passo atrás 4. Usa uma abordagem incremental em recuar a partir de tarefas inerentes aos cuidados com a doença 5. Presta cuidados de uma forma que é significativo no contexto da história pessoal do recetor de cuidados e da sua identidade
Negociar com o sistema de saúde	<ol style="list-style-type: none"> 1. Avalia o cuidado recebido no sistema de saúde 2. Defende os seus interesses e os da pessoa doente quando necessário 3. Procura assistência de prestadores de cuidados de saúde de uma forma oportuna

Fonte: Tradução de Schumacher e colaboradores, 2000: 196-197.

Anexo II
Operacionalização das variáveis

VARIÁVEL	TIPO DE VARIÁVEL	VALORES	OBSERVAÇÕES
Sexo	Qualitativa Nominal Dicotômica	1, Feminino; 2, Masculino	Esta variável será operacionalizada de igual forma para as características do familiar dependente e MFPC, atribuindo-se os valores descritos na coluna anterior.
Idade	Quantitativa Contínua	Númericos	Variável calculada pela diferença entre o ano atual e o ano de nascimento. Esta variável será operacionalizada de igual forma para as características do familiar dependente e do MFPC.
Estado Civil	Qualitativa Nominal	1, Casado/união de Facto; 2, Solteiro; 3, Viúvo; 4, Divorciado.	Esta variável será operacionalizada de igual forma para as características do familiar dependente e do MFPC, atribuindo-se os valores descritos na coluna anterior. Na análise estatística o estado civil será agrupado em 2 tipos: Com conjugue (1) e Sem conjugue (2,3,4)
Escolaridade	Quantitativa Contínua	Númericos	Número de anos completos de escolaridade. Esta variável será operacionalizada de igual forma para as características do familiar dependente e do MFPC.
Profissão	Qualitativa Nominal	Cada elemento da amostra especificará a sua profissão, sendo posteriormente atribuída a designação de: 1, Ativo; 2, Não ativo.	Esta variável será operacionalizada de igual forma para as características do familiar dependente e do MFPC. Na categoria Não ativo serão incluídas pessoas reformadas, domésticas ou estudantes.
Coabitação com o familiar dependente	Qualitativa Nominal Dicotômica	1, Sim; 2, Não	Identifica a situação de coabitação do MFPC com o familiar dependente.
Grau de Parentesco	Qualitativa Nominal	1, Marido/Esposa; 2, Pai/Mãe; 3, Filho/Filha; 4, Irmão/Irmã; 5, Afinidade (nora; padrastrado; cunhado); 6, Sem grau de parentesco; 7, Outra	Identifica o grau de parentesco do MFPC para com o familiar dependente. Na análise estatística o grau de parentesco será agrupado em 2 grupos: com laços de consanguinidade (1,2,3,4) e sem laços de consanguinidade (5,6,7).
Tempo de exercício do papel de MFPC	Quantitativa Contínua	Númericos	Identifica há quanto tempo o MFPC exerce o seu papel e será expresso em dias.
Situação que originou dependência	Qualitativa Nominal	1, Envelhecimento; 2, Acidente; 3, Doença Aguda; 4, Doença Crónica; 5, Outra	
Instalação da dependência	Qualitativa Nominal Dicotômica	1, Súbita; 2, Gradual	

VARIÁVEL		TIPO DE VARIÁVEL		VALORES		OBSERVAÇÕES
Tempo de dependência do familiar	Quantitativa Contínua		Numéricos		Expresso em dias.	
Internamentos no último ano	Quantitativa Contínua		Numéricos		Número de vezes que esteve internada o familiar dependente	
Episódios de Recurso ao SU	Quantitativa Contínua		Numéricos		Número de vezes que o familiar dependente teve necessidade de recorrer ao Serviço de Urgência (SU)	
Consumo de medicamentos	Qualitativa Nominal Dicotómica		1, Sim; 2, Não			
Variedade de Fármacos	Quantitativa Contínua		Numéricos		Número de fármacos prescritos para o familiar dependente	
Nº de Fármacos nas tomas dia	Quantitativa Contínua		Numéricos		Número de fármacos ingeridos diariamente pelo familiar dependente	
Avaliação do nível de dependência face a cada tipo de autocuidado (tomar Banho; vestir-se ou despir-se; alimentar-se; arranjar-se; cuidar da higiene pessoal; Auto elevar-se; usar o sanitário; transferir-se; virar-se; usar a cadeira de rodas; andar)	Qualitativa Ordinal		1, Dependente não participa; 2, Necessita de ajuda de pessoas; 3, Necessita de equipamentos; 4, Completamente Independente		Cada tipo de autocuidado da pessoa dependente pressupõe vários itens a serem mensurados. Cada item será medido atendendo aos valores descritos na coluna anterior. Baseado no Instrumento de Avaliação do Autocuidado desenvolvido na ESEP-	
Avaliação da percepção da autoeficácia do MFPC no autocuidado ao familiar dependente (tomar Banho; vestir-se ou despir-se; alimentar-se; uso do sanitário; transferir-se; virar-se; andar; tomar medicação)	Qualitativa Ordinal		1, Incompetente; 2, Pouco Competente; 3, Mediamente competente; 4, Muito competente		Para cada tipo de autocuidado relativo à pessoa dependente, o MFPC irá indicar como se sente face a cada item inerente a cada tipo de autocuidado, sendo cada item mensurado através dos valores descritos na coluna anterior. Baseado em Escalas em utilização na ESEP.	
Avaliação da condição do familiar dependente	Qualitativa Nominal Dicotómica		1, Sim; 2, Não		Esta avaliação pressupõe vários itens, sendo cada item mensurado utilizando os valores descritos na coluna anterior. No item úlceras de pressão (UP), para além do valor descrito, será indicada o número de UP e a localização desta(s). Os itens número de dejeções e número de quedas serão operacionalizados em separado.	
Número de Dejeções	Quantitativa Contínua		Numéricos		Número de dejeções por semana	
Número de quedas	Quantitativa Contínua		Numéricos		Número de quedas no último mês	

□

Anexo III
Indicadores de cada tipo de autocuidado

Caracterização da amostra atendendo ao nível de dependência face ao Autocuidado: Vestir-se e despir-se

<i>Vestir-se e despir-se</i>	Dependente, não participa n (%)	Necessita de ajuda de pessoa n (%)	Necessita de equipamento n (%)	Completamente independente n (%)	Total N (%)
Escolhe as roupas	26 (43,3)	8 (13,3)	2 (3,3)	24 (40,0)	60 (100)
Retira as roupas da gaveta e do armário	27 (45,0)	8 (13,3)	6 (10,0)	19 (31,7)	60 (100)
Segura as roupas	25 (41,7)	6 (10,0)	8 (13,3)	21 (35,0)	60 (100)
Veste as roupas na parte superior do corpo	23 (38,3)	11 (18,3)	7 (11,7)	19 (31,7)	60 (100)
Veste as roupas na parte inferior do corpo	25 (41,7)	16 (26,7)	7 (11,7)	12 (20,0)	60 (100)
Despe as roupas na parte superior do corpo	23 (38,3)	15 (25,0)	6 (10,0)	16 (26,7)	60 (100)
Despe as roupas na parte inferior do corpo	25 (41,7)	20 (33,3)	5 (8,3)	10 (16,7)	60 (100)
Abotoa as roupas	27 (45,0)	7 (11,7)	9 (15,0)	17 (28,3)	60 (100)
Desabotoa as roupas	27 (45,0)	7 (11,7)	9 (15,0)	17 (28,3)	60 (100)
Usa cordões para amarrar	32 (53,3)	13 (21,7)	7 (11,7)	8 (13,3)	60 (100)
Usa fechos	26 (43,3)	7 (11,7)	10 (16,7)	17 (28,3)	60 (100)
Calça as meias	33 (55,0)	12 (20,0)	6 (10,0)	9 (15,0)	60 (100)
Descalça as meias	33 (55,0)	12 (20,0)	6 (10,0)	9 (15,0)	60 (100)
Calça os sapatos	33 (55,0)	12 (20,0)	6 (10,0)	9 (15,0)	60 (100)
Descalça os sapatos	33 (55,0)	12 (20,0)	6 (10,0)	9 (15,0)	60 (100)
Vestir-se e Despir-se Geral	20 (33,3)	28 (46,7)	5 (8,3)	7 (11,7)	60 (100)

Caracterização da amostra atendendo ao nível de dependência face ao Autocuidado: Alimentar-se

<i>Alimentar-se</i>	Dependente, não participa n (%)	Necessita de ajuda de pessoa n (%)	Necessita de equipamento n (%)	Completamente independente n (%)	Total N (%)
Prepara os alimentos para a ingestão	45 (75,0)	12 (20,0)	2 (3,3)	1 (1,7)	60 (100)
Abre recipientes	29 (48,3)	17 (28,3)	10 (16,7)	4 (6,7)	60 (100)
Utiliza utensílios	26 (43,3)	14 (23,3)	10 (16,7)	10 (16,7)	60 (100)
Coloca o alimento nos utensílios	22 (36,7)	11 (18,3)	13 (21,7)	14 (23,3)	60 (100)
Pega no copo ou chávena	16 (26,7)	7 (11,6)	7 (11,7)	30 (50,0)	60 (100)
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	17 (28,3)	5 (8,3)	7 (11,7)	31 (51,7)	60 (100)
Leva os alimentos à boca com recipiente	17 (28,3)	5 (8,3)	7 (11,7)	31 (51,7)	60 (100)
Leva os alimentos à boca com os utensílios	17 (28,3)	5 (8,3)	7 (11,7)	31 (51,7)	60 (100)
Bebe por copo ou chávena	16 (26,7)	7 (11,6)	6 (10,0)	31 (51,7)	60 (100)
Coloca os alimentos na boca	15 (25,0)	7 (11,6)	7 (11,7)	31 (51,7)	60 (100)
Conclui uma refeição	20 (33,3)	3 (5,0)	6 (10,0)	31 (51,7)	60 (100)
Alimentar-se Geral	15 (25,0)	42 (70,0)	2 (3,3)	1 (1,7)	60 (100)

Caracterização da amostra atendendo ao nível de dependência face ao Autocuidado: Arranjar-se

<i>Arranjar-se</i>	Dependente, não participa n (%)	Necessita de ajuda de pessoa n (%)	Necessita de equipamento n (%)	Completamente independente n (%)	Total N (%)
Penteia ou escova os cabelos	29 (48,3)	8 (13,3)	5 (8,3)	18 (30,0)	60 (100)
Barbeia-se	16 (84,2)	2 (10,5)	0 (0,0)	1 (5,3)	19 (100)
Aplica maquilhagem	17 (40,5)	8 (19,0)	3 (7,1)	14 (33,3)	42 (100)
Cuida das unhas	31 (51,7)	14 (23,3)	3 (5,0)	12 (20,0)	60 (100)
Usa um espelho	29 (48,3)	8 (13,3)	7 (11,7)	16 (26,7)	60 (100)
Arranjar-se Geral	29 (48,3)	19 (31,7)	0 (0)	12 (20,0)	60 (100)

Caracterização da amostra atendendo ao nível de dependência face ao Autocuidado: Cuidar da higiene pessoal

<i>Cuidar da higiene pessoal</i>	Dependente, não participa n (%)	Necessita de ajuda de pessoa n (%)	Necessita de equipamento n (%)	Completamente independente n (%)	Total N (%)
Lava as mãos	25 (41,7)	4 (6,7)	5 (8,3)	26 (43,3)	60 (100)
Aplica desodorizante	28 (46,7)	9 (15,0)	6 (10,0)	17 (28,3)	60 (100)
Limpa a área do períneo	30 (50,0)	17 (28,3)	4 (6,7)	9 (15,0)	60 (100)
Limpa as orelhas	29 (48,3)	14 (23,3)	6 (10,0)	11 (18,3)	60 (100)
Mantém o nariz desobstruído e limpo	26 (43,3)	11 (18,3)	3 (5,0)	20 (33,3)	60 (100)
Mantém a higiene oral	27 (45,0)	8 (13,3)	5 (8,3)	20 (33,3)	60 (100)
Higiene pessoal Geral	23 (38,3)	24 (40,0)	5 (8,3)	8 (13,3)	60 (100)

Caracterização da amostra atendendo ao nível de dependência face ao Autocuidado: Elevar-se

<i>Elevar-se</i>	Dependente, não participa n (%)	Necessita de ajuda de pessoa n (%)	Necessita de equipamento n (%)	Completamente independente n (%)	Total N (%)
Levantar parte do corpo	18 (30,0)	17 (28,3)	7 (11,7)	18 (30,0)	60 (100)
Elevar-se Geral	18 (30,0)	17 (28,3)	7 (11,7)	18 (30,0)	60 (100)

Caracterização da amostra atendendo ao nível de dependência face ao Autocuidado: Usar o sanitário

<i>Usar o sanitário</i>	Dependente, não participa n (%)	Necessita de ajuda de pessoa n (%)	Necessita de equipamento n (%)	Completamente independente n (%)	Total N (%)
Ocupa e desocupa o sanitário	19 (31,7)	15 (25,0)	4 (6,7)	22 (36,6)	60 (100)
Tira as roupas	23 (38,3)	11 (18,3)	7 (11,7)	19 (31,7)	60 (100)
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	21 (35,0)	10 (16,7)	7 (11,7)	22 (36,6)	60 (100)
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	28 (46,7)	10 (16,7)	8 (13,3)	14 (23,3)	60 (100)
Ergue-se da sanita	22 (36,7)	13 (21,6)	4 (6,7)	21 (35,0)	60 (100)
Ajusta as roupas após a higiene íntima	27 (45,0)	9 (15,0)	5 (8,3)	19 (31,7)	60 (100)
Usar o Sanitário Geral	18 (30,0)	20 (33,3)	8 (13,3)	14 (23,3)	60 (100)

Caracterização da amostra atendendo ao nível de dependência face ao Autocuidado: Transferir-se

<i>Transferir-se</i>	Dependente, não participa n (%)	Necessita de ajuda de pessoa n (%)	Necessita de equipamento n (%)	Completamente independente n (%)	Total N (%)
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão	18 (30,0)	18 (30,0)	1 (1,7)	23 (38,3)	60 (100)
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	18 (30,0)	18 (30,0)	1 (1,7)	23 (38,3)	60 (100)
Transferir-se Geral	18 (30,0)	18 (30,0)	1 (1,7)	23 (38,3)	60 (100)

Caracterização da amostra atendendo ao nível de dependência face ao Autocuidado: Virar-se

<i>Virar-se</i>	Dependente, não participa n (%)	Necessita de ajuda de pessoa n (%)	Necessita de equipamento n (%)	Completamente independente n (%)	Total N (%)
Movimenta o corpo, virando-o de um lado para o outro	24 (40,0)	5 (8,3)	6 (10,0)	25 (41,7)	60 (100)
Virar-se Geral	24 (40,0)	5 (8,3)	6 (10,0)	25 (41,7)	60 (100)

Caracterização da amostra atendendo ao nível de dependência face ao Autocuidado: Usar a cadeira de rodas

<i>Usar a cadeira de rodas</i>	Dependente, não participa n (%)	Necessita de ajuda de pessoa n (%)	Necessita de equipamento n (%)	Completamente independente n (%)	Total N (%)
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	3 (37,5%)	4 (50,0%)	1 (12,5%)	0 (0%)	8 (100)
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	4 (50,0%)	3 (37,5%)	1(12,5%)	0 (0%)	8 (100)
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	4 (50,0%)	3 (37,5%)	1(12,5%)	0 (0%)	8 (100)
Usar cadeira de rodas Geral	3 (37,5)	4 (50,0)	1 (12,5)	0 (0)	8 (100)

Caracterização da amostra atendendo ao nível de dependência face ao Autocuidado: Andar

<i>Andar</i>	Dependente, não participa n (%)	Necessita de ajuda de pessoa n (%)	Necessita de equipamento n (%)	Completamente independente n (%)	Total N (%)
Suporta o próprio corpo na posição de pé	14 (23,3)	10 (16,7)	12 (20,0)	24 (40,0)	60 (100)
Deambula com passadas eficazes, a diferentes ritmos	21 (35,0)	13 (21,7)	9 (15,0)	17 (28,3)	60 (100)
Sobe e desce degraus	24 (40,0)	11 (18,3)	11 (18,3)	14 (23,3)	60 (100)
Deambula em aclives e declives	24 (40,0)	11 (18,3)	12 (20,0)	13 (21,7)	60 (100)
Percorre distâncias curtas (<100m)	22 (36,6)	10 (16,7)	7 (11,7)	21 (35,0)	60 (100)
Percorre distâncias moderadas (>100m a <500m)	24 (40,0)	10 (16,7)	5 (8,3)	21 (35,0)	60 (100)
Percorre distâncias longas (>500m)	24 (40,0)	10 (16,7)	6 (10,0)	20 (33,3)	60 (100)
Andar Geral	14 (23,3)	21 (35,0)	12 (20,0)	13 (21,7)	60 (100)

Caracterização do tipo de dependência da pessoa cuidada

<i>Nível de Dependência Geral</i>	N (60)	%
Completamente Dependente	9	15,0
Dependente de Pessoa	51	85,0

Anexo IV

Quadro de referência dos prestadores de cuidados

**Perceção da Autoeficácia
dos Membros da Família Prestadores de
cuidados de doentes dependentes
no autocuidado
da região Vale de Sousa**

Nome do Investigador André Manuel Pacheco Barbosa Leão

Contacto: andreleao_esep@sapo.pt

Caro Colega,

O meu nome é André Manuel Pacheco Barbosa Leão, enfermeiro e atualmente aluno do 2º ano do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), sob orientação do Professor Filipe Pereira e coorientação da Professora Alice Brito.

O trabalho de investigação que me proponho desenvolver circunscreve-se à área do Prestador de Cuidados, mais especificamente à **Perceção da Autoeficácia dos Membros da Família Prestador de Cuidados de doentes dependentes no Autocuidado.**

O trabalho tem como finalidade contribuir para uma melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, através da incorporação do conceito de Auto-eficácia, no âmbito dos indicadores associados à construção da competência dos membros da família prestador de cuidados.

Em paralelo, o estudo pretende contribuir para uma investigação mais abrangente, em curso no Departamento de Medicina do Hospital Padre Américo, centrada na construção de uma abordagem sistemática de desenvolvimento das terapêuticas de enfermagem, promotoras da preparação e gestão do regresso a casa, de casos dos doentes dependentes no auto – cuidado com maior vulnerabilidade; estudo que está a ser desenvolvido por um grupo de docentes da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

A colheita de dados será efetuada no domicílio do prestador de cuidados/pessoa dependente, no período de 7 a 10 dias após a alta da pessoa dependente do Departamento de Medicina, pelo que solicitava ao colega a colaboração, nesta fase de referenciação dos prestadores de cuidados dos concelhos de Lousada, Paços de Ferreira, Paredes ou Penafiel, registando o nome (primeiro e último), contacto telefónico e data da alta, após aprovação do prestador de cuidados para este contacto posterior.

Muito obrigado pela colaboração e disponibilidade.

O investigador André Leão

**QUADRO REFERENCIAÇÃO DA EQUIPA DE ENFERMAGEM
DOS PRESTADORES DE CUIDADOS DE PESSOAS DEPENDENTES NO AUTOCUIDADO**

Nome do Prestador de Cuidados	Contacto telefónico	Data da Alta

Anexo V

Pedido de autorização de utilização do Formulário

Porto, 13 de Dezembro de 2010

Exmo. Sr. Prof. Paulo Parente

Presidente da Escola Superior de Enfermagem do Porto

ASSUNTO: Pedido de autorização para utilização de um Formulário

O meu nome é André Manuel Pacheco Barbosa Leão, enfermeiro e atualmente aluno do 2º ano do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, a decorrer na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), sob orientação do Professor Filipe Pereira e coorientação da Professora Alice Brito.

O trabalho de investigação que me proponho desenvolver circunscreve-se à área do Prestador de Cuidados, mais especificamente à Perceção da Autoeficácia do Prestador de Cuidados de doentes dependentes no Autocuidado; pelo que venho por este meio solicitar-lhe autorização para utilização do Formulário relativo a Famílias que integram dependentes no autocuidado, desenvolvido na ESEP.

O trabalho tem como finalidade contribuir para uma melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, através da incorporação do conceito de Auto – eficácia, no âmbito dos indicadores associados à construção da competência dos membros da família prestador de cuidados.

Em paralelo, o estudo pretende contribuir para uma investigação mais abrangente, em curso no Departamento de Medicina do Hospital Padre Américo, centrada na construção de uma abordagem sistemática de desenvolvimento das terapêuticas de enfermagem, promotoras da preparação e gestão do regresso a casa, de casos dos doentes dependentes no auto – cuidado com maior vulnerabilidade; estudo que está a ser desenvolvido por um grupo de docentes da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP).

Pede deferimento.

O requerente,



Anexo VI

Autorização para utilização do Formulário

Assunto: Formulário

De: "SAAE" <academica@esenf.pt>

Data: Qua, Dezembro 22, 2010 10:37 am

Para: ep2508@esenf.pt

Prioridade: Normal

Opções: [Ver cabeçalho completo](#) | [Ver Versão para Impressão](#) | [Descarregar como ficheiro](#)

Caro estudante,

Em resposta ao seu pedido para utilização de um formulário, transcreve-se o despacho do Sr Presidente:

"Face ao parecer do Coordenador do projecto, autorizo."

Os serviços académicos

Helena Costa

Anexo VII
Instrumento de colheita de dados



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Ano letivo 2010 / 2011

**Perceção da Autoeficácia
dos Membros da Família
Prestadores de Cuidados a
Dependentes no Autocuidado
da região Vale de Sousa**

Nome do Investigador André Manuel Pacheco Barbosa Leão

2011

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Ao assinar este documento, estou a dar o meu consentimento para ser entrevistado(a) por um aluno de Mestrado da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Compreendo que farei parte de um estudo de investigação, com enfoque na perceção da Autoeficácia dos Membros da Família Prestadores de Cuidados, sem quaisquer fins lucrativos.

Entendo que serei entrevistado(a) em minha casa, no horário mais conveniente para mim, e que serão feitas perguntas sobre a pessoa de quem cuido e como me sinto na prestação de cuidados à pessoa ao meu cuidado.

Entendo que fui selecionado (a) para participar neste estudo porque a pessoa de quem cuido esteve internada no serviço de Medicina do Hospital Padre Américo (Penafiel).

Esta entrevista tem carácter voluntário e, a qualquer momento, mesmo durante a entrevista, posso-me recusar a prosseguir ou a responder a qualquer pergunta. Fui informado(a) de que qualquer recusa da minha parte não terá qualquer tipo de repercussões em mim ou na minha família, e que todos os dados fornecidos serão confidenciais e utilizados apenas para a investigação em questão.

Compreendo que os resultados desta pesquisa me serão fornecidos, se eu os solicitar, e que o Enf. André Leão é a pessoa a ser contactada se eu tiver alguma dúvida sobre o estudo ou sobre os meus direitos de participante. O Enf. André Leão poderá ser contactado através do endereço eletrónico andreleao_esep@sapo.pt.

DATA: ____ / ____ / ____

Assinatura do entrevistador

Assinatura do entrevistado

Parte I – Caracterização do Prestador de Cuidados

Sexo **Masculino** ☐ **Feminino** ☐ Idade _____ anos

Estado Civil **Casado/união de facto** ☐ **Solteiro** ☐ **Viúvo** ☐ **Divorciado** ☐

Anos de Escolaridade _____ Profissão _____

Parentesco:

Marido/Esposa ☐ ☐ **Afinidade** (nora; padasto; cunhado)
Pai/Mãe ☐ ☐ **Sem grau de parentesco**
Filho/Filha ☐ ☐ **Outra**
Irmão/Irmã ☐

Coabita com a Pessoa Dependente **Sim** ☐ **Não** ☐

Há quanto tempo é Prestador de Cuidados? _____(em) anos _____(em) meses (casos que tomam conta do dependente há menos de 1 ano)

Quais foram as razões que o levaram a assumir a responsabilidade de tomar conta do seu familiar?

<input type="checkbox"/> Obrigação moral	<input type="checkbox"/> Princípios religiosos	<input type="checkbox"/> Sexo
<input type="checkbox"/> Solidariedade	<input type="checkbox"/> Exemplo a seguir pelos seus filhos	<input type="checkbox"/> Coabitação
<input type="checkbox"/> Laços de consanguinidade	<input type="checkbox"/> Expectativa de recompensa	<input type="checkbox"/> Disponibilidade
<input type="checkbox"/> Retribuição de apoio	<input type="checkbox"/> Não havia mais ninguém	<input type="checkbox"/> Experiência
<input type="checkbox"/> Afeto pelo dependente	<input type="checkbox"/> Parentesco com o dependente	

Como define aquilo que faz? _____

Nº de horas semanais despendidas para cuidar do dependente? _____

Partilha tarefas /responsabilidades no tomar conta do familiar com alguém? **Sim** ☐ **Não** ☐

Há quanto tempo partilham as tarefas? ____anos ____: meses ____ dias

A partilha ocorre : em simultâneo ☐ por períodos ☐

Com base em que critérios dividiram as tarefas?

<input type="checkbox"/> Afinidade com o dependente	<input type="checkbox"/> Grau de parentesco	<input type="checkbox"/> Ficou mais dependente
<input type="checkbox"/> Facilidade em desempenhar as tarefas	<input type="checkbox"/> Ocupação profissional	<input type="checkbox"/> Experiência
<input type="checkbox"/> O dependente ficou mais confuso	<input type="checkbox"/> Tipo de tarefa	<input type="checkbox"/> Tempo
<input type="checkbox"/> Em função do sexo	<input type="checkbox"/> Força física	<input type="checkbox"/> Proximidade

Como avalia a qualidade da relação com a(s) pessoa(s) com quem partilha as tarefas?

☐ Fraca ☐ Nem Boa, Nem má ☐ Razoável ☐ Boa

Como encaram a partilha?

uma ajuda sem compromisso ☐ ☐ espírito de família;
 um dever ☐ ☐ Outra: _____

Parte II – Caracterização da pessoa dependente

Sexo **Masculino** ☐ **Feminino** ☐ Idade _____ anos

Estado Civil **Casado/união de facto** ☐ **Solteiro** ☐ **Viúvo** ☐ **Divorciado** ☐

Anos de Escolaridade _____ Profissão _____

Situação que originou dependência:

Envelhecimento ☐ **Acidente** ☐ **Doença Aguda** ☐ **Doença Crónica** ☐ **Outra** ☐

Instalação da dependência **Súbita** ☐ **Gradual** ☐ Tempo de dependência _____ anos _____ meses

Internamentos no último ano _____ Episódios de Recurso ao SU _____

Consumo de medicamentos **Sim** ☐ **Não** ☐ **Se sim:**

Variedade de fármacos (nº) _____ Nº de fármacos nas tomas dia _____

Autocuidado da Pessoa Dependente

	Dependente, não participa	Necessita de ajuda de pessoa	Necessita de equipamento	Completament e independente
Tomar banho				
Entra e sai do chuveiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obtém objetos para o banho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consegue água	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abre a torneira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regula a temperatura da água	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regula o fluxo da água	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lava-se no chuveiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lava o corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seca o corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como avalia a dependência atual comparativamente com a situação prévia do internamento?	<input type="checkbox"/> Pior	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Melhor	

AUTOCUIDADO: TOMAR BANHO

Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Mediamente competente	Muito competente
Perceber a necessidade de cuidados de higiene do seu familiar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Determinar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para os cuidados de higiene		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao seu familiar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações para tomar banho		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dar banho ao seu familiar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pentear o cabelo ao seu familiar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavar os dentes ao seu familiar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cortar as unhas ao seu familiar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barbear o seu familiar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incentivar o seu familiar a participar nos cuidados de higiene		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais da saúde		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados pelos profissionais		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vestir-se ou despir-se	D	NP	NE	I
Escolhe as roupas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retira as roupas da gaveta e do armário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Segura as roupas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veste as roupas na parte superior do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veste as roupas na parte inferior do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Despe as roupas na parte superior do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Despe as roupas na parte inferior do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abotoa as roupas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desabotoa as roupas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa cordões para amarrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usa fechos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calça as meias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descalça as meias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calça os sapatos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Descalça os sapatos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como avalia a dependência atual comparativamente com a situação prévia do internamento?	<input type="checkbox"/> Pior	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Melhor	

AUTOCUIDADO: VESTIR-SE E DESPIR-SE					
Para:	Sente-se:	Incompetent e	Pouco competent e	Mediamente competente	Muito competente
Perceber se a roupa/calçado do seu familiar estão adequados à temp. ambiente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perceber se a roupa/calçado do seu familiar estão adequados ao seu tamanho		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escolher o vestuário do seu familiar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterar o vestuário do seu familiar, relativamente àquilo que é habitual (p. ex. em função da temperatura ambiente)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escolher equipamentos adaptativos para vestir o seu familiar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestir e calçar o seu familiar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o respetivo vestuário e calçado		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incentivar o seu familiar a vestir-se e a calçar-se		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alimentar-se	D	NP	NE	I
Prepara os alimentos para a ingestão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abre recipientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliza utensílios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coloca o alimento nos utensílios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pega no copo ou chávena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leva os alimentos à boca com recipiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leva os alimentos à boca com os utensílios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bebe por copo ou chávena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coloca os alimentos na boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conclui uma refeição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como avalia a dependência atual comparativamente com a situação prévia do internamento?	<input type="checkbox"/> Pior	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Melhor	

AUTOCUIDADO: ALIMENTAR-SE					
Para:	Sente-se:	Incompetent e	Pouco competente	Mediamente competente	Muito competente
Perceber a necessidade de dar de comer ao seu familiar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Detetar sinais de desnutrição		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para as refeições do seu		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

familiar					
Perceber a necessidade de dar de beber ao seu familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Detetar sinais de desidratação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Perceber se a pessoa ingere de forma segura alimentos ou líquidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Determinar o horário, a forma e o local das refeições do seu familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Modificar o horário, a forma (tipo, consistência dos alimentos, etc.) e o local das refeições do seu familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dar de comer/beber ao seu familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Posicionar o seu familiar para as refeições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma (tipo, consistência dos alimentos, etc.) e o local das refeições	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Incentivar o seu familiar a comer/beber sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arranjar-se	D	NP	NE	I	
Penteia ou escova os cabelos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Barbeia-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aplica maquilhagem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cuida das unhas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Usa um espelho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Como avalia a dependência atual comparativamente com a situação prévia do internamento?	<input type="checkbox"/> Pior	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Melhor		
Cuidar da higiene pessoal	D	NP	NE	I	
Lava as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aplica desodorizante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Limpa a área do períneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Limpa as orelhas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mantém o nariz desobstruído e limpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mantém a higiene oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Como avalia a dependência atual comparativamente com a situação prévia do internamento?	<input type="checkbox"/> Pior	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Melhor		
Auto elevar	D	NP	NE	I	
Levantar parte do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Como avalia a dependência atual comparativamente com a situação prévia do internamento?	<input type="checkbox"/> Pior	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Melhor		
Usar o sanitário	D	NP	NE	I	
Ocupa e desocupa o sanitário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tira as roupas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ergue-se da sanita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ajusta as roupas após a higiene íntima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Como avalia a dependência atual comparativamente com a situação prévia do internamento?	<input type="checkbox"/> Pior	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Melhor		
AUTOCUIDADO: USO DE SANITÁRIO					
Para: _____	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Mediamente competente	Muito competente
Perceber a necessidade da pessoa urinar/evacuar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Detetar se a pele da região perineal se encontra limpa e seca		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Determinar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/evacuar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumprir o horário e o local estabelecido para o seu familiar urinar/evacuar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Modificar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/evacuar relativamente àquilo que é habitual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/evacuar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/evacuar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/evacuar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trocar a fralda do seu familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trocar o coletor urinário ao seu familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colocar a arrastadeira/urinol ao seu familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavar a região perineal do seu familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colocar o seu familiar na sanita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e o local utilizado para urinar/evacuar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incentivar o seu familiar a usar a casa de banho para urinar/evacuar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Transferir-se	D	NP	NE	I
Transfere-se da cama para a cadeira/cadeirão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfere-se da cadeira/cadeirão para a cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como avalia a dependência atual comparativamente com a situação prévia do internamento?	<input type="checkbox"/> Pior	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Melhor	

AUTOCUIDADO: TRANSFERIR-SE

Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Mediamente competente	Muito competente
Perceber as dificuldades do seu familiar para se transferir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Determinar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para cadeira e vice-versa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumprir o horário em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escolher os equipamentos adaptativos para o seu familiar se transferir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferir o seu familiar da cama para a cadeira e vice-versa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e a duração da transferência		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incentivar o familiar a transferir-se		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Virar-se	D	NP	NE	I
Move o corpo, virando-o de um lado para o outro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Como avalia a dependência atual comparativamente com a situação prévia do internamento?	<input type="checkbox"/> Pior	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Melhor	

AUTOCUIDADO: VIRAR-SE

Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Mediamente competente	Muito competente
Detetar sinais precoces úlcera de pressão (rubor não branqueável sobre as proeminências ósseas)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Detetar sinais precoces de rigidez articular		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perceber a necessidade do seu familiar mudar de posição		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Determinar o(s) horário(s) do(s) posicionamentos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Definir os posicionamentos adequados/inadequados		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumprir o(s) horário(s) e o(s) tipo(s) de posicionamentos estabelecidos para o seu familiar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Modificar o(s) horário(s) e tipos do(s) posicionamento(s)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Posicionar o seu familiar (para prevenir UP)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Executar exercícios articulares ao seu familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Massajar os pontos de pressão ao seu familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sentar o seu familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o(s) horário(s) e tipos do(s) posicionamento(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Incentivar o seu familiar a posicionar-se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Usar a cadeira de rodas	D	NP	NE	I	
Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Outro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Como avalia a dependência atual comparativamente com a situação prévia do internamento?	<input type="checkbox"/> Pior	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Melhor		
Andar	D	NP	NE	I	
Suporta o próprio corpo na posição de pé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Deambula com passadas eficazes, a diferentes ritmos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sobe e desce degraus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Deambula em aclives e declives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Percorre distâncias curtas (<100m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Percorre distâncias moderadas (>100m e <500m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Percorre longas distâncias (>500m)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Como avalia a dependência atual comparativamente com a situação prévia do internamento?	<input type="checkbox"/> Pior	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Melhor		
AUTOCUIDADO: ANDAR					
Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Mediamente competente	Muito competente
Perceber as dificuldades do seu familiar na deambulação		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Determinar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumprir o horário, a duração e o local estabelecidos para o seu familiar deambular		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar andar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para andar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garantir a ajuda de amigos/familiares para lidar com as limitações do seu familiar para andar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistir o seu familiar a andar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o tipo de auxiliar de marcha, o horário, a duração e o local da deambulação		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incentivar o seu familiar a andar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AUTOCUIDADO: TOMAR MEDICAÇÃO					
Para:	Sente-se:	Incompetente	Pouco competente	Mediamente competente	Muito competente
Supervisionar as tomas de medicação do seu familiar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Detetar efeitos secundários da medicação		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perceber se a medicação está a produzir os efeitos desejados		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Definir o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cumprir o horário e a dose da medicação do seu familiar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas do seu familiar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ajustar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar medicação		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para tomar medicação		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Garantir a ajuda de amigos/familiares para lidar com as limitações do seu familiar para tomar medicação		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administrar medicação ao seu familiar		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre horário, dose e utilização de medicação em SOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incentivar o seu familiar a preparar e a tomar a medicação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Parte IV - Avaliação da Condição da pessoa dependente

Sim	Não		Sim	Não	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinais aparentes de desidratação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deglutição comprometida
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Olhos encovados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deficitária: má condição de higiene e asseio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pele Seca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deficitária: Odores corporais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mucosas Secas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deficitária: Unhas Sujas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sinais aparentes de desnutrição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deficitária: má higiene oral
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Magreza excessiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Secreções oculares
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Comprometimento da amplitude articular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Secreções auditivas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pé equino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Secreções nasais
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pele comprometida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sujidade corporal visível
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Úlceras de Pressão Nº _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deficitária: má condição de vestuário
		Localização das úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Roupa Suja
	<input type="checkbox"/>	Região Sagrada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Roupa desabotoada
	<input type="checkbox"/>	Trocanter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Roupa inadequada à temperatura ambiente
	<input type="checkbox"/>	Maléolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Roupa inadequada à condição de dependência
	<input type="checkbox"/>	Calcâneo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Roupa inadequada à condição antropométrica
	<input type="checkbox"/>	Outra _____			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Feridas não tratadas/não cuidadas	Estado mental		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Eritema da fralda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sabe em que mês está?
		Nº de dejeções _____ vezes/semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sabe em que terra vive?
		Nº de quedas no último mês _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Repete três palavras (Pêra, Gato, Bola)
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Faz cálculos simples
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Identifica objetos comuns (relógio)

Anexo VIII
Autorização do Conselho de Administração

Comissão de Ética

A. Braga da Cunha (Dr.)
Presidente

A. Osvaldo Dias (Enf)
Carla Fraga (Dr.);
F. Freitas de Sousa (Dr.);
Raquel Aleixo (Dr.);
Maria João Correia (Dr.);
Paula Guimarães (Enf);
Pedro Cunha (Dr.);

Presidente do C.A.
José Luís Catarino

Ex.mo Senhor Presidente do
Conselho de Administração do
Centro Hospitalar Tâmega e Sousa, EPE

Assunto: Investigação "tipos de autocuidado dos idosos portugueses...."

Penafiel, 20/07/2010

Ex.mo Senhor,

A Comissão de Ética apreciou o projecto de investigação proposto pelo Doutor Filipe Soares Pereira, da ESE do Porto, para realizar neste CHTS por um grupo de enfermeiros cuja primeira autora é a Enfª Alice Brito, a ser desenvolvido no Serviço de Medicina.

O estudo pretende validar uma escala de "Autocuidado" através de um formulário que será utilizado pelos investigadores. Neste grupo serão incluídos os profissionais de enfermagem que colaborem na aplicação do mesmo.

Prevê a formalização de consentimento informado por parte das participantes e tratamento anónimo dos dados colhidos. Quanto a este documento recomendamos, formalmente, que deve incluir a identificação de quem presta a informação ao utente/participante e data em que foi obtido.

Consideramos que deve ser obtida a autorização da Direcção do Serviço em que se vai desenvolver.

Considerando que não fere princípios que possam prejudicar as utentes e se prevê benefício científico pela sua realização, a CES emite parecer ético favorável, à concretização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos,

SFAP-HPA-VS

ENTRADA 10/07/28

SAÍDA

PARA

CENTRO HOSPITALAR DO TÂMEGA E SOUSA, EPE

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

C/A N.º 15 Em 20/07/2010

Dr. Braga da Cunha
Presidente da Comissão de Ética

Tel. 255714000
Fax 255714004
Lugar do Tapadinho
4564-007 GUILHIFE -PENAFIEL

ENTRADA: 23/07/2010 - 335

Anexo IX

**Estatística Alfa de Cronbach das (sub) escalas de avaliação
do nível de dependência no autocuidado**

Escala de Autocuidado		Nº de itens	N	α de Cronbach					
Tomar banho		9	60	0,989					
Itens		Alfa de Cronbach se Item eliminado							
1.	Entra e sai do chuveiro	0,988							
2.	Obtém objectos para o banho	0,987							
3.	Consegue água	0,987							
4.	Abre a torneira	0,987							
5.	Regula a temperatura da água	0,987							
6.	Regula o fluxo da água	0,987							
7.	Lava-se no chuveiro	0,988							
8.	Lava o corpo	0,989							
9.	Seca o corpo	0,989							
Matriz de correlação inter-itens									
Itens	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	1,000	0,949	0,952	0,936	0,921	0,917	0,914	0,873	0,873
2	0,949	1,000	0,956	0,941	0,914	0,923	0,928	0,933	0,933
3	0,952	0,956	1,000	0,960	0,944	0,939	0,937	0,888	0,888
4	0,936	0,941	0,960	1,000	0,972	0,978	0,924	0,877	0,877
5	0,921	0,914	0,944	0,972	1,000	0,995	0,941	0,899	0,899
6	0,917	0,923	0,939	0,978	0,995	1,000	0,940	0,899	0,899
7	0,914	0,928	0,937	0,924	0,941	0,940	1,000	0,963	0,963
8	0,873	0,933	0,888	0,877	0,899	0,899	0,963	1,000	1,000
9	0,873	0,933	0,888	0,877	0,899	0,899	0,963	1,000	1,000

Escala de Autocuidado					Nº de itens					N		α de Cronbach				
Vestir-se e despir-se					15					60		0,984				
Itens					Alfa de Cronbach se Item eliminado											
1.	Escolhe as roupas										0,984					
2.	Retira as roupas da gaveta e do armário										0,984					
3.	Segura as roupas										0,984					
4.	Veste as roupas na parte superior do corpo										0,983					
5.	Veste as roupas na parte inferior do corpo										0,983					
6.	Despe as roupas na parte superior do corpo										0,983					
7.	Despe as roupas na parte inferior do corpo										0,983					
8.	Abotoa as roupas										0,984					
9.	Desabotoa as roupas										0,984					
10.	Usa cordões para amarrar										0,983					
11.	Usa fechos										0,983					
12.	Calça as meias										0,983					
13.	Descalça as meias										0,983					
14.	Calça os sapatos										0,983					
15.	Descalça os sapatos										0,983					
Matriz de correlação inter-itens																
Itens	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
1	1,000	0,954	0,942	0,805	0,751	0,732	0,693	0,736	0,736	0,724	0,827	0,747	0,747	0,747	0,747	
2	0,954	1,000	0,939	0,809	0,707	0,796	0,714	0,760	0,760	0,770	0,828	0,771	0,771	0,771	0,771	
3	0,942	0,939	1,000	0,840	0,745	0,797	0,718	0,760	0,760	0,752	0,863	0,731	0,731	0,731	0,731	
4	0,805	0,809	0,840	1,000	0,860	0,957	0,833	0,821	0,821	0,791	0,889	0,781	0,781	0,781	0,781	
5	0,751	0,707	0,745	0,860	1,000	0,790	0,952	0,780	0,780	0,846	0,827	0,888	0,888	0,888	0,888	
6	0,732	0,796	0,797	0,957	0,790	1,000	0,848	0,837	0,837	0,790	0,837	0,780	0,780	0,780	0,780	
7	0,693	0,714	0,718	0,833	0,952	0,848	1,000	0,814	0,814	0,874	0,794	0,919	0,919	0,919	0,919	
8	0,736	0,760	0,760	0,821	0,780	0,837	0,814	1,000	1,000	0,713	0,839	0,740	0,740	0,740	0,740	
9	0,736	0,760	0,760	0,821	0,780	0,837	0,814	1,000	1,000	0,713	0,839	0,740	0,740	0,740	0,740	
10	0,724	0,770	0,752	0,791	0,846	0,790	0,874	0,713	0,713	1,000	0,805	0,959	0,959	0,959	0,959	
11	0,827	0,828	0,863	0,889	0,827	0,837	0,794	0,839	0,839	0,805	1,000	0,783	0,783	0,783	0,783	
12	0,747	0,771	0,731	0,781	0,888	0,780	0,919	0,740	0,740	0,959	0,783	1,000	1,000	1,000	1,000	
13	0,747	0,771	0,731	0,781	0,888	0,780	0,919	0,740	0,740	0,959	0,783	1,000	1,000	1,000	1,000	
14	0,747	0,771	0,731	0,781	0,888	0,780	0,919	0,740	0,740	0,959	0,783	1,000	1,000	1,000	1,000	
15	0,747	0,771	0,731	0,781	0,888	0,780	0,919	0,740	0,740	0,959	0,783	1,000	1,000	1,000	1,000	

Escala de Autocuidado		Nº de itens	N	α de Cronbach							
Alimentar-se		11	60	0,979							
Itens		Alfa de Cronbach se Item eliminado									
1.	Prepara os alimentos para a ingestão	0,985									
2.	Abre recipientes	0,980									
3.	Utiliza utensílios	0,979									
4.	Coloca o alimento nos utensílios	0,977									
5.	Pega no copo ou chávena	0,974									
6.	Leva os alimentos à boca usando os dedos da mão	0,974									
7.	Leva os alimentos à boca com recipiente	0,974									
8.	Leva os alimentos à boca com os utensílios	0,974									
9.	Bebe por copo ou chávena	0,974									
10.	Coloca os alimentos na boca	0,974									
11.	Conclui uma refeição	0,974									
Matriz de correlação inter-itens											
Itens	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	1,000	0,530	0,425	0,384	0,436	0,422	0,422	0,422	0,426	0,421	0,430
2	0,530	1,000	0,832	0,737	0,720	0,711	0,711	0,711	0,718	0,709	0,726
3	0,425	0,832	1,000	0,882	0,755	0,742	0,742	0,742	0,750	0,738	0,759
4	0,384	0,737	0,882	1,000	0,835	0,818	0,818	0,818	0,826	0,812	0,840
5	0,436	0,720	0,755	0,835	1,000	0,966	0,966	0,966	0,995	0,975	0,979
6	0,422	0,711	0,742	0,818	0,966	1,000	1,000	1,000	0,971	0,991	0,974
7	0,422	0,711	0,742	0,818	0,966	1,000	1,000	1,000	0,971	0,991	0,974
8	0,422	0,711	0,742	0,818	0,966	1,000	1,000	1,000	0,971	0,991	0,974
9	0,426	0,718	0,750	0,826	0,995	0,971	0,971	0,971	1,000	0,980	0,984
10	0,421	0,709	0,738	0,812	0,975	0,991	0,991	0,991	0,980	1,000	0,967
11	0,430	0,726	0,759	0,840	0,979	0,974	0,974	0,974	0,984	0,967	1,000

Escala de Autocuidado		Nº de itens	N	α de Cronbach
Arranjar-se		3*	60	0,970
*Itens retirados da análise: 2. Barbeia-se 3. Aplica Maquilhagem				
Os itens foram retirados atendendo ao reduzido número de casos que limitava a análise.				
Itens		Alfa de Cronbach se Item eliminado		
1.	Penteia ou escova os cabelos	0,945		
3.	Cuida das unhas	0,980		
4.	Usa um espelho	0,938		
Matriz de correlação inter-itens				
Itens	1	4	5	
1	1,000	0,889	0,961	
4	0,889	1,000	0,900	
5	0,961	0,900	1,000	

Escala de Autocuidado		Nº de itens	N	α de Cronbach		
Cuidar da higiene pessoal		6	60	0,972		
Itens		Alfa de Cronbach se Item eliminado				
1.	Lava as mãos			0,970		
2.	Aplica desodorizante			0,966		
3.	Limpa a área do períneo			0,970		
4.	Limpa as orelhas			0,965		
5.	Mantém o nariz desobstruído e limpo			0,965		
6.	Mantém a higiene oral			0,964		
Matriz de correlação inter-itens						
Itens	1	2	3	4	5	6
1	1,000	0,867	0,749	0,796	0,860	0,899
2	0,867	1,000	0,852	0,904	0,840	0,868
3	0,749	0,852	1,000	0,960	0,841	0,833
4	0,796	0,904	0,960	1,000	0,885	0,853
5	0,860	0,840	0,841	0,885	1,000	0,919
6	0,899	0,868	0,833	0,853	0,919	1,000

Escala de Autocuidado		Nº de itens		N		α de Cronbach	
Uso do sanitário		6		60		0,988	
Itens		Alfa de Cronbach se Item eliminado					
1.	Ocupa e desocupa o sanitário						0,985
2.	Tira as roupas						0,984
3.	Posiciona-se na sanita ou na arrastadeira						0,987
4.	Faz a higiene íntima após urinar ou evacuar						0,987
5.	Ergue-se da sanita						0,985
6.	Ajusta as roupas após a higiene íntima						0,984
Matriz de correlação inter-itens							
Itens	1	2	3	4	5	6	
1	1,000	0,968	0,925	0,885	0,957	0,930	
2	0,968	1,000	0,935	0,923	0,940	0,964	
3	0,925	0,935	1,000	0,887	0,924	0,928	
4	0,885	0,923	0,887	1,000	0,919	0,956	
5	0,957	0,940	0,924	0,919	1,000	0,927	
6	0,930	0,964	0,928	0,956	0,927	1,000	

Escala de Autocuidado		Nº de itens		n		α de Cronbach	
Usar cadeira de rodas		3		8		0,973	
Itens		Alfa de Cronbach se Item eliminado					
1.	Movimenta o corpo de um lado para o outro em cadeira de rodas						1,000
2.	Transfere-se de e para a cadeira de rodas com segurança						0,937
3.	Manobra em curvas, rampas de acesso e outros obstáculos com velocidade lenta, moderada ou rápida						0,937
Matriz de correlação inter-itens							
Itens	1	2	3				
1	1,000	0,882	0,882				
2	0,882	1,000	1,000				
3	0,882	1,000	1,000				

Escala de Autocuidado		Nº de itens		N		α de Cronbach	
Andar		6		60		0,993	
Itens		Alfa de Cronbach se Item eliminado					
1.	Suporta o próprio corpo na posição de pé						0,995
2.	Deambula com passadas eficazes, a diferentes ritmos						0,991
3.	Sobe e desce degraus						0,991
4.	Deambula em aclives e declives						0,991
5.	Percorre distâncias curtas (<100m)						0,991
6.	Percorre distâncias moderadas (>100m e <500m)						0,990
7.	Percorre longas distâncias (>500m)						0,990
Matriz de correlação inter-itens							
Itens	1	2	3	4	5	6	7
1	1,000	0,907	0,891	0,890	0,923	0,909	0,905
2	0,907	1,000	0,965	0,961	0,967	0,967	0,971
3	0,891	0,965	1,000	0,994	0,951	0,968	0,970
4	0,890	0,961	0,994	1,000	0,949	0,965	0,967
5	0,923	0,967	0,951	0,949	1,000	0,982	0,977
6	0,909	0,967	0,968	0,965	0,982	1,000	0,995
7	0,905	0,971	0,970	0,967	0,977	0,995	1,000

Anexo X

**Estatística Alfa de Cronbach das (sub) escalas de avaliação
da Percepção da Autoeficácia MFPC**

Escala de PAE	Nº de itens	N	α de Cronbach												
Tomar banho	15*	60	0,969												
* Item retirado da análise: 12. Barbear o seu familiar O item foi retirado atendendo ao reduzido número de casos que limitava a análise.															
Itens		Alfa de Cronbach se Item eliminado													
1.	Perceber a necessidade de cuidados de higiene do seu familiar	0,966													
2.	Determinar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar	0,965													
3.	Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para os cuidados de higiene	0,965													
4.	Modificar o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene do seu familiar	0,965													
5.	Escolher equipamentos adaptativos para dar banho ao seu familiar	0,966													
6.	Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações para tomar banho	0,972													
7.	Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações para tomar banho	0,972													
8.	Dar banho ao seu familiar	0,966													
9.	Pentear o cabelo do seu familiar	0,966													
10.	Lavar os dentes ao seu familiar	0,966													
11.	Cortar as unhas ao seu familiar	0,966													
13.	Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local dos cuidados de higiene	0,965													
14.	Incentivar o seu familiar a participar nos cuidados de higiene	0,965													
15.	Avaliar a qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais da saúde	0,968													
16.	Negociar alterações aos cuidados que estão a ser prestados pelos profissionais	0,966													
Matriz de correlação inter-itens															
Itens	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	13	14	15	16
1	1,000	0,775	0,712	0,818	0,792	0,312	0,362	0,741	0,724	0,727	0,744	0,794	0,752	0,657	0,701
2	0,775	1,000	0,904	0,895	0,803	0,390	0,432	0,719	0,735	0,701	0,713	0,832	0,847	0,766	0,847
3	0,712	0,904	1,000	0,846	0,725	0,478	0,517	0,729	0,748	0,711	0,728	0,827	0,838	0,795	0,783
4	0,818	0,895	0,846	1,000	0,798	0,412	0,456	0,717	0,734	0,740	0,752	0,878	0,894	0,808	0,894
5	0,792	0,803	0,725	0,798	1,000	0,241	0,285	0,781	0,759	0,806	0,774	0,838	0,765	0,559	0,716
6	0,312	0,390	0,478	0,412	0,241	1,000	0,969	0,223	0,257	0,280	0,244	0,379	0,439	0,447	0,439
7	0,362	0,432	0,517	0,456	0,285	0,969	1,000	0,261	0,292	0,315	0,279	0,422	0,425	0,436	0,425
8	0,741	0,719	0,729	0,717	0,781	0,223	0,261	1,000	0,985	0,906	0,939	0,785	0,728	0,546	0,686
9	0,724	0,735	0,748	0,734	0,759	0,257	0,292	0,985	1,000	0,921	0,953	0,804	0,748	0,567	0,706
10	0,727	0,701	0,711	0,740	0,806	0,280	0,315	0,906	0,921	1,000	0,937	0,810	0,751	0,521	0,664
11	0,744	0,713	0,728	0,752	0,774	0,244	0,279	0,939	0,953	0,937	1,000	0,823	0,769	0,547	0,684
13	0,794	0,832	0,827	0,878	0,838	0,379	0,422	0,785	0,804	0,810	0,823	1,000	0,926	0,682	0,821
14	0,752	0,847	0,838	0,894	0,765	0,439	0,425	0,728	0,748	0,751	0,769	0,926	1,000	0,784	0,885
15	0,657	0,766	0,795	0,808	0,559	0,447	0,436	0,546	0,567	0,521	0,547	0,682	0,784	1,000	0,840
16	0,701	0,847	0,783	0,894	0,716	0,439	0,425	0,686	0,706	0,664	0,684	0,821	0,885	0,840	1,000

Escala de PAE	Nº de itens	N	α de Cronbach							
Vestir-se e despir-se	10	60	0,969							
Itens		Alfa de Cronbach se Item eliminado								
1. Perceber se a roupa/calçado do seu familiar estão adequados à temperatura ambiente		0,948								
2. Perceber se a roupa/calçado do seu familiar estão adequados ao seu tamanho		0,948								
3. Escolher o vestuário do seu familiar		0,952								
4. Alterar o vestuário do seu familiar, relativamente àquilo que é habitual		0,951								
5. Escolher equipamentos adaptativos para vestir o familiar		0,949								
6. Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir		0,956								
7. Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se vestir		0,954								
8. Vestir e calçar o seu familiar		0,951								
9. Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o respetivo vestuário e calçado		0,950								
10. Incentivar o seu familiar a vestir-se e calçar-se		0,947								
Matriz de correlação inter-itens										
Itens	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1,000	1,000	0,778	0,732	0,747	0,550	0,624	0,764	0,746	0,779
2	1,000	1,000	0,778	0,732	0,747	0,550	0,624	0,764	0,746	0,779
3	0,778	0,778	1,000	0,762	0,700	0,379	0,366	0,764	0,747	0,679
4	0,732	0,732	0,762	1,000	0,838	0,585	0,514	0,640	0,650	0,745
5	0,747	0,747	0,700	0,838	1,000	0,657	0,617	0,621	0,709	0,801
6	0,550	0,550	0,379	0,585	0,657	1,000	0,908	0,553	0,547	0,650
7	0,624	0,624	0,366	0,514	0,617	0,908	1,000	0,599	0,574	0,734
8	0,764	0,764	0,764	0,640	0,621	0,553	0,599	1,000	0,697	0,756
9	0,746	0,746	0,747	0,650	0,709	0,547	0,574	0,697	1,000	0,856
10	0,779	0,779	0,679	0,745	0,801	0,650	0,734	0,756	0,856	1,000

Escala de PAE	Nº de itens					N					α de Cronbach				
Alimentar-se	15					60					0,979				
Itens										Alfa de Cronbach se Item eliminado					
1. Perceber a necessidade de dar de comer ao seu familiar										0,978					
2. Detetar sinais de desnutrição										0,980					
3. Cumprir o horário, a forma e o local estabelecidos para as refeições do seu familiar										0,977					
4. Perceber a necessidade de dar de beber ao seu familiar										0,976					
5. Detetar sinais de desidratação										0,977					
6. Perceber se a pessoa ingere de forma segura alimentos ou líquidos										0,976					
7. Determinar o horário, a forma e o local das refeições do seu jantar										0,976					
8. Modificar o horário, a forma e o local das refeições do seu familiar										0,976					
9. Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar										0,977					
10. Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações dos eu familiar para se alimentar										0,978					
11. Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se alimentar										0,979					
12. Dar de comer/beber ao seu familiar										0,978					
13. Posicionar o seu familiar para as refeições										0,977					
14. Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, a forma e o local das refeições										0,977					
15. Incentivar o seu familiar e comer/beber										0,977					
Matriz de correlação inter-itens															
Itens	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	1,000	0,790	0,726	0,738	0,693	0,706	0,716	0,691	0,691	0,777	0,756	0,682	0,728	0,714	0,620
2	0,790	1,000	0,667	0,772	0,719	0,648	0,611	0,635	0,591	0,643	0,627	0,552	0,635	0,565	0,632
3	0,726	0,667	1,000	0,903	0,752	0,813	0,927	0,851	0,801	0,669	0,646	0,695	0,795	0,892	0,863
4	0,738	0,772	0,903	1,000	0,863	0,911	0,884	0,859	0,763	0,675	0,653	0,703	0,852	0,793	0,817
5	0,693	0,719	0,752	0,863	1,000	0,866	0,833	0,811	0,715	0,598	0,579	0,673	0,815	0,747	0,715
6	0,706	0,648	0,813	0,911	0,866	1,000	0,888	0,910	0,819	0,665	0,646	0,778	0,867	0,811	0,785
7	0,716	0,611	0,927	0,884	0,833	0,888	1,000	0,929	0,881	0,678	0,658	0,743	0,886	0,930	0,853
8	0,691	0,635	0,851	0,859	0,811	0,910	0,929	1,000	0,952	0,696	0,676	0,814	0,857	0,902	0,878
9	0,691	0,591	0,801	0,763	0,715	0,819	0,881	0,952	1,000	0,757	0,738	0,865	0,857	0,902	0,821
10	0,777	0,643	0,669	0,675	0,598	0,665	0,678	0,696	0,757	1,000	0,962	0,673	0,690	0,683	0,609
11	0,756	0,627	0,646	0,653	0,579	0,646	0,658	0,676	0,738	0,962	1,000	0,644	0,664	0,657	0,578
12	0,682	0,552	0,695	0,703	0,673	0,778	0,743	0,814	0,865	0,673	0,644	1,000	0,894	0,838	0,738
13	0,728	0,635	0,795	0,852	0,815	0,867	0,886	0,857	0,857	0,690	0,664	0,894	1,000	0,835	0,737
14	0,714	0,565	0,892	0,793	0,747	0,811	0,930	0,902	0,902	0,683	0,657	0,838	0,835	1,000	0,908
15	0,620	0,632	0,863	0,817	0,715	0,785	0,853	0,878	0,821	0,609	0,578	0,738	0,737	0,908	1,000

Escala de PAE				Nº de itens			n		α de Cronbach					
Uso do sanitário				14*			41		0,974					
*Item retirado da análise: 10. Trocar o coletor urinário ao seu familiar O item foi retirado atendendo ao reduzido número de casos que limitava a análise.														
Itens							Alfa de Cronbach se Item eliminado							
1. Perceber a necessidade da pessoa urinar/evacuar							0,970							
2. Detetar se a pele da região perineal se encontra limpa e seca							0,972							
3. Determinar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/evacuar							0,971							
4. Cumprir o horário e o local estabelecido para o seu familiar/evacuar							0,971							
5. Modificar o horário e o local utilizado pelo seu familiar para urinar/evacuar relativamente àquilo que é habitual							0,970							
6. Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para urinar/evacuar							0,972							
7. Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar urinar/evacuar							0,974							
8. Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar urinar/evacuar							0,973							
9. Trocar a fralda do seu familiar							0,975							
11. Colocar a arrastadeira/urinol ao seu familiar							0,972							
12. Lavar a região perineal do seu familiar							0,973							
13. Colocar o seu familiar na sanita							0,971							
14. Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e o local utilizado para urinar/evacuar							0,970							
15. Incentivar o seu familiar a usar a casa de banho para urinar/evacuar							0,971							
Matriz de correlação inter-itens														
Itens	1	2	3	4	5	6	7	8	9	11	12	13	14	15
1	1,000	0,902	0,852	0,871	0,852	0,808	0,698	0,747	0,645	0,740	0,725	0,852	0,915	0,871
2	0,902	1,000	0,769	0,782	0,769	0,725	0,593	0,656	0,645	0,740	0,808	0,686	0,825	0,781
3	0,852	0,769	1,000	0,966	0,930	0,755	0,715	0,806	0,489	0,699	0,614	0,859	0,855	0,821
4	0,871	0,782	0,966	1,000	0,890	0,700	0,704	0,734	0,558	0,715	0,624	0,890	0,878	0,922
5	0,852	0,769	0,930	0,890	1,000	0,755	0,715	0,806	0,560	0,699	0,684	0,930	0,855	0,821
6	0,808	0,725	0,755	0,700	0,755	1,000	0,564	0,680	0,659	0,738	0,789	0,684	0,814	0,627
7	0,698	0,593	0,715	0,704	0,715	0,564	1,000	0,874	0,324	0,483	0,386	0,715	0,735	0,670
8	0,747	0,656	0,806	0,734	0,806	0,680	0,874	1,000	0,341	0,536	0,449	0,729	0,766	0,634
9	0,645	0,645	0,489	0,558	0,560	0,659	0,324	0,341	1,000	0,757	0,872	0,560	0,590	0,623
11	0,740	0,740	0,699	0,715	0,699	0,738	0,483	0,536	0,757	1,000	0,890	0,699	0,758	0,640
12	0,725	0,808	0,614	0,624	0,684	0,789	0,386	0,449	0,872	0,890	1,000	0,614	0,739	0,627
13	0,852	0,686	0,859	0,890	0,930	0,684	0,715	0,729	0,560	0,699	0,614	1,000	0,855	0,897
14	0,915	0,825	0,855	0,878	0,855	0,814	0,735	0,766	0,590	0,758	0,739	0,855	1,000	0,878
15	0,871	0,781	0,821	0,922	0,821	0,627	0,670	0,634	0,623	0,640	0,627	0,897	0,878	1,000

Escala de PAE	Nº de itens	n	α de Cronbach							
Transferir-se	10	53	0,962							
Itens		Alfa de Cronbach se Item eliminado								
1. Perceber as dificuldades do seu familiar para se transferir			0,960							
2. Determinar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para cadeira e vice-versa			0,959							
3. Cumprir o horário em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa			0,955							
4. Alterar o horário e a duração do período em que o seu familiar se transfere da cama para a cadeira e vice-versa			0,956							
5. Escolher os equipamentos adaptativos para o seu familiar se transferir			0,954							
6. Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir			0,959							
7. Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se transferir			0,960							
8. Transferir o seu familiar da cama para a cadeira e vice-versa			0,958							
9. Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário e a duração da transferência			0,957							
10. Incentivar o familiar a transferir-se			0,960							
Matriz de correlação inter-itens										
Itens	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1,000	0,818	0,766	0,717	0,733	0,522	0,503	0,646	0,725	0,671
2	0,818	1,000	0,798	0,814	0,770	0,593	0,571	0,598	0,680	0,551
3	0,766	0,798	1,000	0,879	0,832	0,709	0,692	0,812	0,771	0,790
4	0,717	0,814	0,879	1,000	0,836	0,706	0,689	0,700	0,722	0,608
5	0,733	0,770	0,832	0,836	1,000	0,778	0,762	0,835	0,804	0,695
6	0,522	0,593	0,709	0,706	0,778	1,000	0,972	0,675	0,683	0,610
7	0,503	0,571	0,692	0,689	0,762	0,972	1,000	0,654	0,660	0,585
8	0,646	0,598	0,812	0,700	0,835	0,675	0,654	1,000	0,769	0,777
9	0,725	0,680	0,771	0,722	0,804	0,683	0,660	0,769	1,000	0,795
10	0,671	0,551	0,790	0,608	0,695	0,610	0,585	0,777	0,795	1,000

Escala de PAE					Nº de itens					n		α de Cronbach				
Virar-se					16					40		0,977				
Itens					Alfa de Cronbach se Item eliminado											
1. Detetar sinais precoces de úlcera de pressão					0,975											
2. Detetar sinais precoces de rigidez articular					0,975											
3. Perceber a necessidade do seu familiar mudar de posição					0,976											
4. Determinar o(s) horário(s) dos posicionamento(s)					0,975											
5. Definir os posicionamentos adequados/inadequados					0,975											
6. Cumprir o(s) horário(s) e os tipo(s) de posicionamento(s) estabelecidos para o seu familiar					0,975											
7. Modificar o(s) horário(s) e tipo(s) de posicionamentos					0,975											
8. Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar					0,974											
9. Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar					0,977											
10. Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para se posicionar					0,977											
11. Posicionar o seu familiar (para prevenir UP)					0,975											
12. Executar exercícios articulares ao seu familiar					0,974											
13. Massajar os pontos de pressão ao seu familiar					0,975											
14. Sentar o seu familiar					0,976											
15. Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o(s) horário(s) e tipos do(s) posicionamento(s)					0,975											
16. Incentivar o seu familiar a posicionar-se					0,976											
Matriz de correlação inter-itens																
Itens	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	1,000	0,819	0,722	0,878	0,858	0,801	0,871	0,899	0,605	0,656	0,758	0,839	0,765	0,622	0,715	0,684
2	0,819	1,000	0,857	0,845	0,815	0,842	0,861	0,790	0,469	0,453	0,791	0,852	0,839	0,589	0,763	0,744
3	0,722	0,857	1,000	0,780	0,764	0,762	0,711	0,668	0,310	0,370	0,800	0,709	0,744	0,592	0,609	0,580
4	0,878	0,845	0,780	1,000	0,832	0,771	0,865	0,769	0,550	0,612	0,735	0,707	0,803	0,551	0,571	0,547
5	0,858	0,815	0,764	0,832	1,000	0,899	0,710	0,758	0,562	0,623	0,715	0,794	0,777	0,689	0,648	0,699
6	0,801	0,842	0,762	0,771	0,899	1,000	0,709	0,831	0,594	0,570	0,721	0,826	0,736	0,752	0,785	0,758
7	0,871	0,861	0,711	0,865	0,710	0,709	1,000	0,903	0,617	0,591	0,809	0,828	0,810	0,550	0,718	0,690
8	0,899	0,790	0,668	0,769	0,758	0,831	0,903	1,000	0,686	0,653	0,787	0,877	0,737	0,706	0,806	0,770
9	0,605	0,469	0,310	0,550	0,562	0,594	0,617	0,686	1,000	0,951	0,514	0,614	0,573	0,686	0,691	0,642
10	0,656	0,453	0,370	0,612	0,623	0,570	0,591	0,653	0,951	1,000	0,572	0,597	0,627	0,738	0,653	0,601
11	0,758	0,791	0,800	0,735	0,715	0,721	0,809	0,787	0,514	0,572	1,000	0,877	0,864	0,787	0,753	0,729
12	0,839	0,852	0,709	0,707	0,794	0,826	0,828	0,877	0,614	0,597	0,877	1,000	0,855	0,760	0,864	0,844
13	0,765	0,839	0,744	0,803	0,777	0,736	0,810	0,737	0,573	0,627	0,864	0,855	1,000	0,798	0,775	0,755
14	0,622	0,589	0,592	0,551	0,689	0,752	0,550	0,706	0,686	0,738	0,787	0,760	0,798	1,000	0,806	0,770
15	0,715	0,763	0,609	0,571	0,648	0,785	0,718	0,806	0,691	0,653	0,753	0,864	0,775	0,806	1,000	0,874
16	0,684	0,744	0,580	0,547	0,699	0,758	0,690	0,770	0,642	0,601	0,729	0,844	0,755	0,770	0,874	1,000

Escala de PAE				Nº de itens		n		α de Cronbach		
Andar				10		47		0,959		
Itens				Alfa de Cronbach se Item eliminado						
1. Perceber as dificuldades do seu familiar na deambulação				0,953						
2. Determinar o horário, a duração e o local da deambulação do seu familiar				0,956						
3. Cumprir o horário, a duração e o local estabelecidos para o seu familiar deambular				0,951						
4. Alterar o horário, a duração e o local de deambulação do seu familiar				0,952						
5. Escolher equipamentos adaptativos para o seu familiar andar				0,951						
6. Garantir ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para andar				0,958						
7. Garantir ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para andar				0,958						
8. Assistir o seu familiar a andar				0,960						
9. Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o tipo de auxiliar de marcha, o horário, a duração e o local de deambulação				0,954						
10. Incentivar o seu familiar a andar				0,954						
Matriz de correlação inter-itens										
Itens	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1,000	0,752	0,823	0,792	0,887	0,655	0,655	0,541	0,726	0,734
2	0,752	1,000	0,911	0,882	0,845	0,403	0,403	0,586	0,789	0,542
3	0,823	0,911	1,000	0,970	0,942	0,559	0,559	0,538	0,841	0,693
4	0,792	0,882	0,970	1,000	0,915	0,532	0,532	0,581	0,808	0,668
5	0,887	0,845	0,942	0,915	1,000	0,612	0,612	0,589	0,773	0,744
6	0,655	0,403	0,559	0,532	0,612	1,000	1,000	0,600	0,656	0,782
7	0,655	0,403	0,559	0,532	0,612	1,000	1,000	0,600	0,656	0,782
8	0,541	0,586	0,538	0,581	0,589	0,600	0,600	1,000	0,554	0,819
9	0,726	0,789	0,841	0,808	0,773	0,656	0,656	0,554	1,000	0,656
10	0,734	0,542	0,693	0,668	0,744	0,782	0,782	0,819	0,656	1,000

Escala de PAE	Nº de itens	N	α de Cronbach											
Tomar medicação	14	60	0,957											
Itens		Alfa de Cronbach se Item eliminado												
1. Supervisionar as tomas de medicação do seu familiar		0,958												
2. Detetar efeitos secundários da medicação		0,952												
3. Perceber se a medicação está a produzir os efeitos desejados		0,954												
4. Definir o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS		0,952												
5. Definir o que fazer no caso de ocorrer alguma complicação/efeito secundário da medicação		0,952												
6. Cumprir o horário e a dose da medicação do seu familiar		0,955												
7. Alterar o horário de algum medicamento de acordo com os sintomas do seu familiar		0,953												
8. Ajustar o horário e a dose dos medicamentos prescritos em SOS		0,950												
9. Escolher equipamentos adaptativos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar medicação		0,950												
10. Garantir a ajuda de profissionais para lidar com as limitações do seu familiar para tomar medicação		0,953												
11. Garantir a ajuda de familiares/amigos para lidar com as limitações do seu familiar para tomar medicação		0,953												
12. Administrar medicação ao seu familiar		0,961												
13. Promover a participação do seu familiar nas decisões sobre o horário, dose e utilização de medicação em SOS		0,956												
14. Incentivar o seu familiar a preparar e a tomar a medicação		0,957												
Matriz de correlação inter-itens														
Itens	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	1,000	0,524	0,626	0,446	0,555	0,670	0,484	0,513	0,571	0,646	0,646	0,293	0,293	0,381
2	0,524	1,000	0,894	0,806	0,831	0,621	0,722	0,835	0,802	0,691	0,691	0,461	0,603	0,615
3	0,626	0,894	1,000	0,764	0,760	0,747	0,716	0,800	0,724	0,581	0,581	0,140	0,346	0,583
4	0,446	0,806	0,764	1,000	0,853	0,645	0,788	0,977	0,830	0,743	0,743	0,428	0,608	0,458
5	0,555	0,831	0,760	0,853	1,000	0,590	0,818	0,884	0,788	0,794	0,794	0,488	0,595	0,486
6	0,670	0,621	0,747	0,645	0,590	1,000	0,754	0,689	0,746	0,561	0,561	0,238	0,323	0,585
7	0,484	0,722	0,716	0,788	0,818	0,754	1,000	0,815	0,738	0,523	0,523	0,425	0,590	0,613
8	0,513	0,835	0,800	0,977	0,884	0,689	0,815	1,000	0,862	0,780	0,780	0,417	0,627	0,538
9	0,571	0,802	0,724	0,830	0,788	0,746	0,738	0,862	1,000	0,883	0,883	0,503	0,705	0,675
10	0,646	0,691	0,581	0,743	0,794	0,561	0,523	0,780	0,883	1,000	1,000	0,573	0,637	0,439
11	0,646	0,691	0,581	0,743	0,794	0,561	0,523	0,780	0,883	1,000	1,000	0,573	0,637	0,439
12	0,293	0,461	0,140	0,428	0,488	0,238	0,425	0,417	0,503	0,573	0,573	1,000	0,849	0,398
13	0,293	0,603	0,346	0,608	0,595	0,323	0,590	0,627	0,705	0,637	0,637	0,849	1,000	0,677
14	0,381	0,615	0,583	0,458	0,486	0,585	0,613	0,538	0,675	0,439	0,439	0,398	0,677	1,000

Anexo XI

Consentimento informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Ao assinar este documento, estou a dar o meu consentimento para ser entrevistado(a) por um aluno de mestrado da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Compreendo que farei parte de um estudo de investigação com enfoque na percepção da Autoeficácia dos Membros da Família Prestadores de Cuidados, sem quaisquer fins lucrativos.

Entendo que serei entrevistado(a) em minha casa, no horário mais conveniente para mim, e que serão feitas perguntas sobre a pessoa de quem cuido e como me sinto na prestação de cuidados à pessoa ao meu cuidado.

Entendo que fui selecionado (a) para participar neste estudo porque a pessoa de quem cuido esteve internada no serviço de Medicina do Hospital Padre Américo (Penafiel).

Esta entrevista tem carácter voluntário e, a qualquer momento, mesmo durante a entrevista, posso-me recusar a prosseguir ou a responder a qualquer pergunta. Fui informado(a) de que qualquer recusa da minha parte não terá qualquer tipo de repercussões em mim ou na minha família, e que todos os dados fornecidos serão confidenciais e utilizados apenas para a investigação em questão.

Compreendo que os resultados desta pesquisa me serão fornecidos, se eu os solicitar, e que o Enf. André Leão é a pessoa a ser contactada se eu tiver alguma dúvida sobre o estudo ou sobre os meus direitos de participante. O Enf. André Leão poderá ser contactado através do endereço eletrónico andreleao_esep@sapo.pt.

DATA: _____

Assinatura do entrevistador

Assinatura do entrevistado

Anexo XII

Resultados estatísticos

PAE dos MFPC vs. Características MFPC e dos Familiares dependentes

Diferenças na PAE do MFPC em função do sexo do MFPC (teste U de Mann-Whitney)

Sexo do Prestador de Cuidados (N=60)		n	Mean Rank	Resultado	
				U	valor p
PAE Tomar Banho	Masculino	11	14,00	88,00	0,000
	Feminino	49	34,20		
PAE Vestir-se	Masculino	11	17,09	122,00	0,003
	Feminino	49	33,51		
PAE Andar	Masculino	11	20,00	154,00	0,019
	Feminino	49	32,86		
PAE Alimentar-se	Masculino	11	15,82	108,00	0,001
	Feminino	49	33,80		
PAE Transferir-se	Masculino	11	25,59	215,50	0,288
	Feminino	49	31,60		
PAE Uso Sanitário	Masculino	11	20,41	158,50	0,030
	Feminino	49	32,77		
PAE Virar-se	Masculino	11	20,50	159,50	0,032
	Feminino	49	32,74		
PAE Tomar medicação	Masculino	11	19,27	146,00	0,010
	Feminino	49	33,02		
PAE Geral	Masculino	11	16,32	113,50	0,003
	Feminino	49	33,68		

Correlação entre a PAE do MFPC e a idade do MFPC (Correlação de Spearman)

Idade do Prestador de Cuidados (N=60)	PAE Tomar Banho	PAE Vestir-se	PAE Andar	PAE Alimentar-se	PAE Transferir-se	PAE Uso Sanitário	PAE Virar-se	PAE Tomar medicação	PAE Geral
r_s	-0,12	-0,08	0,05	-0,02	0,13	0,12	0,08	0,03	0,04
valor p	0,37	0,54	0,68	0,87	0,31	0,34	0,52	0,82	0,75

Diferenças na PAE do MFPC em função do estado civil do MFPC (teste U Mann-Whitney)

Estado Civil (N=60)		n	Mean Rank	Resultado	
				U	valor p
PAE Tomar Banho	Com cônjuge	50	29,40	195,00	0,26
	Sem cônjuge	10	36,00		
PAE Vestir-se	Com cônjuge	50	29,25	187,50	0,20
	Sem cônjuge	10	36,75		
PAE Andar	Com cônjuge	50	30,26	238,00	0,80
	Sem cônjuge	10	31,70		
PAE Alimentar-se	Com cônjuge	50	29,68	209,00	0,40
	Sem cônjuge	10	34,60		
PAE Transferir-se	Com cônjuge	50	29,87	218,50	0,52
	Sem cônjuge	10	33,65		
PAE Uso Sanitário	Com cônjuge	50	29,98	224,00	0,60
	Sem cônjuge	10	33,10		
PAE Virar-se	Com cônjuge	50	28,73	161,50	0,07
	Sem cônjuge	10	39,35		
PAE Tomar medicação	Com cônjuge	50	30,46	248,00	0,97
	Sem cônjuge	10	30,70		
PAE Geral	Com cônjuge	50	29,33	191,50	0,24
	Sem cônjuge	10	36,35		

Correlação entre a PAE do MFPC e a escolaridade do MFPC (Correlação de Spearman)

Escolaridade do MFPC (N=60)	PAE Tomar Banho	PAE Vestir-se	PAE Andar	PAE Alimentar-se	PAE Transferir-se	PAE Uso Sanitário	PAE Virar-se	PAE Tomar medicação	PAE Geral
r_s	0,04	0,09	-0,05	0,10	0,13	0,12	-0,01	0,13	0,04
valor p	0,74	0,48	0,70	0,44	0,34	0,37	0,91	0,32	0,73

Diferenças na PAE do MFPC em função da situação profissional do MFPC (teste U Mann-Whitney)

Situação Profissional dos MFPC (N=60)		n	Mean Rank	Resultado	
				U	valor p
PAE Tomar Banho	Ativos	20	32,53	359,50	0,52
	Não ativos	40	29,49		
PAE Vestir-se	Ativos	20	31,60	378,00	0,72
	Não ativos	40	29,95		
PAE Andar	Ativos	20	27,28	335,50	0,28
	Não ativos	40	32,11		
PAE Alimentar-se	Ativos	20	30,63	397,50	0,97
	Não ativos	40	30,44		
PAE Transferir-se	Ativos	20	32,63	357,50	0,49
	Não ativos	40	29,44		
PAE Uso Sanitário	Ativos	20	30,75	395,00	0,94
	Não ativos	40	30,38		
PAE Virar-se	Ativos	20	27,63	342,50	0,36
	Não ativos	40	31,94		
PAE Tomar medicação	Ativos	20	31,05	389,00	0,85
	Não ativos	40	30,23		
PAE Geral	Ativos	20	30,63	397,50	0,97
	Não ativos	40	30,44		

Correlação entre a PAE do MFPC e tempo de prestação de cuidados do MFPC (Correlação de Spearman)

Tempo de prestação de cuidados (N=60)	PAE Tomar Banho	PAE Vestir-se	PAE Andar	PAE Alimenta-se	PAE Transferir-se	PAE Uso Sanitário	PAE Virar-se	PAE Tomar medicação	PAE Geral
r _s	0,22	0,16	0,14	0,28	0,14	0,28	0,21	0,19	0,20
valor p	0,09	0,22	0,30	0,033	0,27	0,031	0,10	0,15	0,12

Diferenças na PAE do MFPC em função da razão de assunção do papel de MFPC: obrigação moral (teste U Mann-Whitney)

Obrigação Moral (N=60)		n	Mean Rank	Resultado	
				U	valor p
PAE Tomar Banho	Sim	21	25,64	307,50	0,11
	Não	39	33,12		
PAE Vestir-se	Sim	21	31,05	398,00	0,85
	Não	39	30,21		
PAE Andar	Sim	21	34,43	327,00	0,18
	Não	39	28,38		
PAE Alimentar-se	Sim	21	32,24	373,00	0,56
	Não	39	29,56		
PAE Transferir-se	Sim	21	32,55	366,50	0,49
	Não	39	29,40		
PAE Uso Sanitário	Sim	21	32,24	373,00	0,56
	Não	39	29,56		
PAE Virar-se	Sim	21	31,33	392,00	0,78
	Não	39	30,05		
PAE Tomar medicação	Sim	21	37,48	263,00	0,14
	Não	39	26,74		
PAE Geral	Sim	21	32,00	378,00	0,63
	Não	39	29,69		

Diferenças na PAE do MFPC em função da razão de assunção do papel de MFPC: laços de consanguinidade (teste U Mann-Whitney)

Laços de Consanguinidade (N=60)		n	Mean Rank	Resultado	
				U	valor p
PAE Tomar Banho	Sim	14	37,54	223,50	0,08
	Não	46	28,36		
PAE Vestir-se	Sim	14	31,79	304,00	0,74
	Não	46	30,11		
PAE Andar	Sim	14	33,21	284,00	0,48
	Não	46	29,67		
PAE Alimentar-se	Sim	14	36,75	234,50	0,12
	Não	46	28,60		
PAE Transferir-se	Sim	14	34,04	272,50	0,37
	Não	46	29,42		
PAE Uso Sanitário	Sim	14	32,32	296,50	0,65
	Não	46	29,95		
PAE Virar-se	Sim	14	35,32	254,50	0,23
	Não	46	29,03		
PAE Tomar medicação	Sim	14	31,07	314,00	0,88
	Não	46	30,33		
PAE Geral	Sim	14	34,43	267,00	0,34
	Não	46	29,30		

Diferenças na PAE do MFPC em função da razão de assunção do papel de MFPC: retribuição de apoio (teste U Mann-Whitney)

<i>Retribuição de apoio (N=60)</i>		n	Mean Rank	Resultado	
				U	valor p
PAE Tomar Banho	Sim	14	31,79	304,00	0,75
	Não	46	30,11		
PAE Vestir-se	Sim	14	32,68	291,50	0,58
	Não	46	29,84		
PAE Andar	Sim	14	33,82	275,50	0,39
	Não	46	29,49		
PAE Alimentar-se	Sim	14	34,93	260,00	0,26
	Não	46	29,15		
PAE Transferir-se	Sim	14	34,25	269,50	0,35
	Não	46	29,36		
PAE Uso Sanitário	Sim	14	35,36	254,00	0,22
	Não	46	29,02		
PAE Virar-se	Sim	14	35,68	249,50	0,20
	Não	46	28,92		
PAE Tomar medicação	Sim	14	33,32	282,50	0,45
	Não	46	29,64		
PAE Geral	Sim	14	33,29	283,00	0,50
	Não	46	29,65		

Diferenças na PAE do MFPC em função da razão de assunção do papel de MFPC: afeto pelo dependente (teste U Mann-Whitney)

<i>Afeto pelo dependente (N=60)</i>		n	Mean Rank	Resultado	
				U	valor p
PAE Tomar Banho	Sim	48	29,44	237,00	0,34
	Não	12	34,75		
PAE Vestir-se	Sim	48	30,41	283,50	0,93
	Não	12	30,88		
PAE Andar	Sim	48	30,26	276,50	0,82
	Não	12	31,46		
PAE Alimentar-se	Sim	48	29,71	250,00	0,47
	Não	12	33,67		
PAE Transferir-se	Sim	48	30,44	285,00	0,95
	Não	12	30,75		
PAE Uso Sanitário	Sim	48	29,55	242,50	0,39
	Não	12	34,29		
PAE Virar-se	Sim	48	29,86	257,50	0,57
	Não	12	33,04		
PAE Tomar medicação	Sim	48	30,43	284,50	0,94
	Não	12	30,79		
PAE Geral	Sim	48	30,13	270,00	0,74
	Não	12	32,00		

Diferenças na PAE do MFPC em função da razão de assunção do papel de MFPC: parentesco com o dependente (teste U Mann-Whitney)

<i>Parentesco com o dependente (N=60)</i>		n	Mean Rank	Resultado	
				U	valor p
PAE Tomar Banho	Sim	37	32,07	367,50	0,37
	Não	23	27,98		
PAE Vestir-se	Sim	37	31,46	390,00	0,58
	Não	23	28,96		
PAE Andar	Sim	37	29,59	392,00	0,59
	Não	23	31,96		
PAE Alimentar-se	Sim	37	32,01	369,50	0,38
	Não	23	28,07		
PAE Transferir-se	Sim	37	31,72	380,50	0,48
	Não	23	28,54		
PAE Uso Sanitário	Sim	37	32,05	368,00	0,37
	Não	23	28,00		
PAE Virar-se	Sim	37	32,46	353,00	0,26
	Não	23	27,35		
PAE Tomar medicação	Sim	37	29,23	378,50	0,44
	Não	23	32,54		
PAE Geral	Sim	37	31,50	388,50	0,57
	Não	23	28,89		

Diferenças na PAE do MFPC em função da razão de assunção do papel de MFPC: sexo (teste U Mann-Whitney)

Sexo (N=60)		n	Mean Rank	Resultado	
				U	valor p
PAE Tomar Banho	Sim	12	36,71	213,50	0,16
	Não	48	28,95		
PAE Vestir-se	Sim	12	33,50	252,00	0,49
	Não	48	29,75		
PAE Andar	Sim	12	36,33	218,00	0,17
	Não	48	29,04		
PAE Alimentar-se	Sim	12	36,58	215,00	0,16
	Não	48	28,98		
PAE Transferir-se	Sim	12	30,75	285,00	0,95
	Não	48	30,44		
PAE Uso Sanitário	Sim	12	35,50	228,00	0,26
	Não	48	29,25		
PAE Virar-se	Sim	12	36,96	210,50	0,14
	Não	48	28,89		
PAE Tomar medicação	Sim	12	31,63	274,50	0,79
	Não	48	30,22		
PAE Geral	Sim	12	35,29	230,50	0,29
	Não	48	29,30		

Diferenças na PAE do MFPC em função da razão de assunção do papel de MFPC: coabitação (teste U Mann-Whitney)

Coabitação (N=60)		n	Mean Rank	Resultado	
				U	valor p
PAE Tomar Banho	Sim	46	28,37	224,00	0,08
	Não	14	37,50		
PAE Vestir-se	Sim	46	30,51	321,50	0,99
	Não	14	30,46		
PAE Andar	Sim	46	29,28	266,00	0,30
	Não	14	34,50		
PAE Alimentar-se	Sim	46	28,82	244,50	0,16
	Não	14	36,04		
PAE Transferir-se	Sim	46	30,62	316,50	0,92
	Não	14	30,11		
PAE Uso Sanitário	Sim	46	29,30	267,00	0,33
	Não	14	34,43		
PAE Virar-se	Sim	46	29,22	263,00	0,29
	Não	14	34,71		
PAE Tomar medicação	Sim	46	29,39	271,00	0,33
	Não	14	34,14		
PAE Geral	Sim	46	29,33	268,00	0,35
	Não	14	34,36		

Diferenças na PAE do MFPC em função da razão de assunção do papel de MFPC: disponibilidade (teste U Mann-Whitney)

Disponibilidade (N=60)		n	Mean Rank	Resultado	
				U	valor p
PAE Tomar Banho	Sim	44	32,61	259,00	0,12
	Não	16	24,69		
PAE Vestir-se	Sim	44	35,00	154,00	0,001
	Não	16	18,13		
PAE Andar	Sim	44	31,70	299,00	0,35
	Não	16	27,19		
PAE Alimentar-se	Sim	44	33,67	212,50	0,016
	Não	16	21,78		
PAE Transferir-se	Sim	44	33,58	216,50	0,02
	Não	16	22,03		
PAE Uso Sanitário	Sim	44	32,31	272,50	0,17
	Não	16	25,53		
PAE Virar-se	Sim	44	32,44	266,50	0,15
	Não	16	25,16		
PAE Tomar medicação	Sim	44	32,56	261,50	0,10
	Não	16	24,84		
PAE Geral	Sim	44	33,68	212,00	0,019
	Não	16	21,75		

Correlação entre a PAE do MFPC e o número de horas semanais despendidas na prestação de cuidados (correlação de Spearman)

Nº de horas semanais despendidas nos cuidados (N=60)	PAE Tomar Banho	PAE Vestir-se	PAE Andar	PAE Alimentar-se	PAE Transferir-se	PAE Uso Sanitário	PAE Virar-se	PAE Tomar medicação	PAE Geral
r _s	0,29	0,30	0,34	0,39	0,22	0,30	0,31	0,28	0,36
valor p	0,02	0,02	0,007	0,002	0,09	0,02	0,02	0,03	0,005

Diferenças na PAE do MFPC em função da partilha de tarefas/responsabilidades de prestação de cuidados (teste U Mann-Whitney)

Partilha de tarefas/responsabilidades de prestação de cuidados entre MFPC (N=60)		n	Mean Rank	Resultado	
				U	valor p
PAE Tomar Banho	Sim	40	30,91	383,50	0,79
	Não	20	29,68		
PAE Vestir-se	Sim	40	31,00	380,00	0,75
	Não	20	29,50		
PAE Andar	Sim	40	32,08	337,00	0,30
	Não	20	27,35		
PAE Alimentar-se	Sim	40	31,16	373,50	0,67
	Não	20	29,18		
PAE Transferir-se	Sim	40	32,53	319,00	0,20
	Não	20	26,45		
PAE Uso Sanitário	Sim	40	32,98	301,00	0,11
	Não	20	25,55		
PAE Virar-se	Sim	40	32,39	324,50	0,23
	Não	20	26,73		
PAE Tomar medicação	Sim	40	31,93	343,00	0,33
	Não	20	27,65		
PAE Geral	Sim	40	31,75	350,00	0,43
	Não	20	28,00		

Diferenças na PAE do MFPC em função do tempo de partilha de tarefas/responsabilidades de prestação de cuidados ao familiar dependente (teste U Mann-Whitney)

Tempo de partilha de prestação de cuidados (n=40)		n	Mean Rank	Resultado	
				U	valor p
PAE Tomar Banho	Em simultâneo	24	20,29	187,00	0,89
	por períodos	16	20,81		
PAE Vestir-se	Em simultâneo	24	18,83	152,00	0,25
	por períodos	16	23,00		
PAE Andar	Em simultâneo	24	22,67	140,00	0,13
	por períodos	16	17,25		
PAE Alimentar-se	Em simultâneo	24	18,96	155,00	0,29
	por períodos	16	22,81		
PAE Transferir-se	Em simultâneo	24	20,35	188,50	0,92
	por períodos	16	20,72		
PAE Uso Sanitário	Em simultâneo	24	20,56	190,50	0,97
	por períodos	16	20,41		
PAE Virar-se	Em simultâneo	24	21,13	177,00	0,67
	por períodos	16	19,56		
PAE Tomar medicação	Em simultâneo	24	19,50	168,00	0,46
	por períodos	16	22,00		
PAE Geral	Em simultâneo	24	20,79	185,00	0,85
	por períodos	16	20,06		

Correlação entre a PAE do MFPC e qualidade da relação entre os MFPC que partilham tarefas

Qualidade da relação com as pessoas com quem partilha tarefas (n=40)	PAE Tomar Banho	PAE Vestir-se	PAE Andar	PAE Alimentar-se	PAE Transferir-se	PAE Uso Sanitário	PAE Virar-se	PAE Tomar medicação	PAE Geral
r_s	0,008	0,000	-0,016	-0,074	0,104	-0,067	-0,043	0,097	0,072
valor p	0,96	1,00	0,92	0,65	0,52	0,68	0,79	0,55	0,66

Diferenças na PAE do MFPC em função do sexo da pessoa dependente (teste U Mann-Whitney)

Sexo da Pessoa Dependente (N=60)		n	Mean Rank	Resultado	
				U	valor p
PAE Tomar Banho	Masculino	19	30,39	387,50	0,97
	Feminino	41	30,55		
PAE Vestir-se	Masculino	19	30,63	387,00	0,97
	Feminino	41	30,44		
PAE Andar	Masculino	19	35,11	302,00	0,14
	Feminino	41	28,37		
PAE Alimentar-se	Masculino	19	32,03	360,50	0,63
	Feminino	41	29,79		
PAE Transferir-se	Masculino	19	29,89	378,00	0,85
	Feminino	41	30,78		
PAE Uso Sanitário	Masculino	19	30,21	384,00	0,93
	Feminino	41	30,63		
PAE Virar-se	Masculino	19	32,18	357,50	0,60
	Feminino	41	29,72		
PAE Tomar medicação	Masculino	19	30,82	383,50	0,92
	Feminino	41	30,35		
PAE Geral	Masculino	19	32,11	359,00	0,63
	Feminino	41	29,76		

Correlação entre a PAE do MFPC e a idade da pessoa dependente (Correlação de Spearman)

<i>Idade da Pessoa Dependente (N=60)</i>	PAE Tomar Banho	PAE Vestir-se	PAE Andar	PAE Alimentar-se	PAE Transferir-se	PAE Uso Sanitário	PAE Virar-se	PAE Tomar medicação	PAE Geral
r_s	0,285	0,142	0,154	0,302	0,078	0,250	0,109	0,322	0,236
valor de p	0,027	0,28	0,24	0,019	0,55	0,054	0,41	0,012	0,07

Diferenças na PAE do MFPC em função do estado civil da pessoa dependente (teste U Mann-Whitney)

Estado Civil (N=60)		n	Mean Rank	Resultado	
				U	valor p
PAE Tomar Banho	Com cônjuge	32	23,94	238,00	0,002
	Sem cônjuge	28	38,00		
PAE Vestir-se	Com cônjuge	32	25,56	290,00	0,015
	Sem cônjuge	28	36,14		
PAE Andar	Com cônjuge	32	26,73	327,50	0,059
	Sem cônjuge	28	34,80		
PAE Alimentar-se	Com cônjuge	32	25,08	274,50	0,008
	Sem cônjuge	28	36,70		
PAE Transferir-se	Com cônjuge	32	28,55	385,50	0,341
	Sem cônjuge	28	32,73		
PAE Uso Sanitário	Com cônjuge	32	25,52	288,5	0,016
	Sem cônjuge	28	36,20		
PAE Virar-se	Com cônjuge	32	25,97	303,00	0,028
	Sem cônjuge	28	35,68		
PAE Tomar medicação	Com cônjuge	32	24,55	257,50	0,002
	Sem cônjuge	28	37,30		
PAE Geral	Com cônjuge	32	24,72	263,00	0,006
	Sem cônjuge	28	37,11		

Correlação entre a PAE do MFPC e a escolaridade da pessoa dependente (Correlação de Spearman)

<i>Escolaridade da Pessoa Dependente (N=60)</i>	PAE Tomar Banho	PAE Vestir-se	PAE Andar	PAE Alimentar-se	PAE Transferir-se	PAE Uso Sanitário	PAE Virar-se	PAE Tomar medicação	PAE Geral
r_s	-0,338	-0,265	-0,093	-0,222	-0,118	-0,292	-0,235	-0,206	-0,252
valor de p	0,008	0,041	0,48	0,09	0,37	0,023	0,07	0,11	0,052

Correlação entre a PAE do MFPC e o tempo de dependência da pessoa dependente (Correlação de Spearman)

<i>Tempo de dependência (N=60)</i>	PAE Tomar Banho	PAE Vestir-se	PAE Andar	PAE Alimentar-se	PAE Transferir-se	PAE Uso Sanitário	PAE Virar-se	PAE Tomar medicação	PAE Geral
r_s	0,196	0,296	0,178	0,316	0,282	0,324	0,305	0,287	0,279
valor de p	0,13	0,022	0,17	0,014	0,029	0,012	0,018	0,026	0,031

Correlação entre a PAE do MFPC e o número de internamentos da pessoa dependente no último ano (Correlação de Spearman)

<i>Internamentos no último ano (N=60)</i>	PAE Tomar Banho	PAE Vestir-se	PAE Andar	PAE Alimentar-se	PAE Transferir-se	PAE Uso Sanitário	PAE Virar-se	PAE Tomar medicação	PAE Geral
r_s	-0,236	-0,173	0,075	-0,146	-0,082	0,026	0,025	0,037	-0,087
valor de p	0,07	0,19	0,57	0,27	0,53	0,85	0,85	0,78	0,51

Correlação entre a PAE do MFPC e os episódios de recurso ao SU pela pessoa dependente no último ano (Correlação de Spearman)

<i>Episódios de recurso ao SU no último ano (N=60)</i>	PAE Tomar Banho	PAE Vestir-se	PAE Andar	PAE Alimentar-se	PAE Transferir-se	PAE Uso Sanitário	PAE Virar-se	PAE Tomar medicação	PAE Geral
r_s	0,198	0,353	0,405	0,361	0,319	0,334	0,323	0,445	0,413
valor de p	0,13	0,006	0,001	0,005	0,013	0,009	0,012	<0,001	0,001

Correlação entre a PAE do MFPC e a variedade de fármacos prescritos à pessoa dependente (Correlação de Spearman)

<i>Variedade de fármacos prescritos (N=60)</i>	PAE Tomar Banho	PAE Vestir-se	PAE Andar	PAE Alimentar-se	PAE Transferir-se	PAE Uso Sanitário	PAE Virar-se	PAE Tomar medicação	PAE Geral
r_s	-0,238	-0,043	-0,202	-0,117	-0,051	-0,181	-0,131	-0,222	-0,183
valor de p	0,067	0,74	0,12	0,37	0,70	0,17	0,32	0,09	0,16

Correlação entre a PAE do MFPC e o número de fármacos ingeridos diariamente pela pessoa dependente (Correlação de Spearman)

<i>Nº de fármacos nas tomadas diárias (N=60)</i>	PAE Tomar Banho	PAE Vestir-se	PAE Andar	PAE Alimentar-se	PAE Transferir-se	PAE Uso Sanitário	PAE Virar-se	PAE Tomar medicação	PAE Geral
r_s	-0,274	-0,108	-0,102	-0,160	-0,129	-0,183	-0,114	-0,259	-0,202
valor de p	0,034	0,410	0,440	0,223	0,325	0,162	0,385	0,046	0,121

Correlação entre a PAE do MFPC e a percepção do estado de saúde da pessoa dependente (Correlação de Spearman)

<i>Percepção do estado de Saúde (N=60)</i>	PAE Tomar Banho	PAE Vestir-se	PAE Andar	PAE Alimentar-se	PAE Transferir-se	PAE Uso Sanitário	PAE Virar-se	PAE Tomar medicação	PAE Geral
r_s	0,011	0,085	0,147	0,018	0,068	0,063	0,134	0,203	0,103
valor de p	0,93	0,52	0,26	0,89	0,61	0,63	0,31	0,12	0,43

Correlação entre a PAE do MFPC e o compromisso do estado mental da pessoa dependente (Correlação de Spearman)

<i>Compromisso do estado mental (N=60)</i>	PAE Tomar Banho	PAE Vestir-se	PAE Andar	PAE Alimentar-se	PAE Transferir-se	PAE Uso Sanitário	PAE Virar-se	PAE Tomar medicação	PAE Geral
r_s	-0,297	-0,291	-0,297	-0,301	-0,235	-0,388	-0,334	-0,237	-0,360
valor de p	0,021	0,024	0,021	0,020	0,07	0,002	0,009	0,07	0,005